ROK X. WARSZAWA, 1936, MARZEC ZESZYT III.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

*REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.*

*pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.*

# PRACE ORYGINALNE

## Arthroso-Arthritis deformans

NAPISAŁA.

DR. ELEONORA REICHER.

(Doc. Uniw. Warsz.).

(Ciąg dalszy).

### ZNIEKSZTAŁCAJĄCE ZAPALENIE STAWU BIODROWEGO (MALUM COXAE SENILE).

Cierpienie to częstsze jest u mężczyzn, niż u kobiet, występuje ono naogół w wieku późniejszym, choć nie jest tak rzadkie i u osób młodszych.

W powstaniu malum coxae senile większe urazy zdają się odgrywać mniejszą rolę, niż stałe powolne zużycie stawu w ciągu życia, a także powolne wykształcanie się zniekształceń stawowych na tle w młodości nabytych chorób stawu biodrowego jak np. choroba Calve - Legg - Perthesa albo też cierpień wrodzonych, jak wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego lub wreszcie nieprawidłowości w ustawieniu kończyn dolnych. Czasami nawet trudno jest znaleźć przyczynę zniekształcenia stawu biodrowego, gdy występuje ono u jednostek zbudowanych prawidłowo, nie cierpiących poprzednio na żadne inne cierpienia stawowe, u osób nie pracujących ciężko fizycznie gdzie nie można obwiniać ani działania jednego silniejszego, ani wielu drobnych ,ale stale się powtarzających urazów.

Zmiana stawu polega na zniekształceniu i spłaszczeniu główki stawu biodrowego przyczem kąt rozwarty, który tworzy szyjka z główką się zmniejsza. Szyjka stawu biodrowego się skraca, krętarz podnosi do góry. Zmiana stawowa umiejscowiona jest i rozpoczyna się najczęściej w okolicy dołeczka środkowego, często jest także uszkodzone więzadło okrągłe, później powoli występuje spłaszczenie główki, początkowo na dolnym później na górnym jej brzegu, a w końcu tworzą się przybrzeżne wały kostne nietylko na główce stawu biodrowego, ale i w okolicy krętarzy. Naogół przy powstającej samoistnie arthritis deformans zmiany stawu biodrowego, choć bardzo wyraźne, nie osiągają jednak tak znacznych rozmiarów, jak w następstwie pierwotnie

innych chorób stawu biodrowego np. choroby Perthes'a.

W początkach cierpienia, które często występuje jednostronnie, skarżą się chorzy na uczucie zmęczenia w początku ruchu, później dołączają się do tego silniejsze bóle, głównie po większym ruchu lub po dłuższym staniu. Bóle promieniują do pachwiny, na przednią stronę uda, robiąc wrażenie nerwobólu nerwu udowego, czasami promieniowanie bólu idzie w kierunku kolan i chorzy skarżą się przedewszystkiem na bóle w kolanach. Bezpośredni, ale także i pośredni ucisk stawu jest bolesny, bóle występują także przy ucisku okolicy pachwinowej. Już w początku choroby zjawia się pewne zahamowanie ruchu przy odwodzeniu i przywodzeniu nogi, a także przy ruchach obrotowych. Chorzy, siedząc nie mogą założyć nogi na nogę, czasami występuje także nagłe zahamowanie ruchu, rozpoczętego w stawie biodrowym i dopiero po pewnej chwili mogą chorzy dokończyć ruch już rozpoczęty. W miarę postępowania cierpienia bóle przy ruchach stają się coraz silniejsze. W końcu chorzy poruszają się z trudnością, nietylko z powodu bólów, ale i z powodu ograniczenia ruchów głównie ruchu *przywodzenia i odwodzenia, a także ruchów obrotowych* przy zachowanej możności zginania stawu. Stopień ograniczenia ruchu jest naturalnie zależny od stopnia zniekształcenia główki stawu biodrowego i od bujań kostnych. W końcu, o ile sprawa jest jednostronna, noga staje się krótsza, krętarz wielki jest wysoko ustawiony, nieraz wytwarza się skrzywienie kręgosłupa w kształcie lordozy. Przy obustronnej sprawie chód staje się charakterystyczny kaczkowaty.

Zdjęcie rentgenologiczne stwierdza mniejsze lub większe zniekształcenie główki kości udowej, nieraz spłaszczonej w kształcie czapki, zwężenie szpary stawowej, nadbrzeżne wały kostne, zmiany budowy kości, rozrzedzenia czasami i zagęszczenia kości.

Różniczkowanie czasami jest utrudnione przez to, że pierwsze objawy malum coxae senile występują nieraz jako bóle mięśniowe w okolicy siedzeniowej lub też na przedniej i wewnętrznej stronie uda, albo też w postaci rwy kulszowej. Jednakże już wtedy ograniczenie ruchów przywodzenia i odwodzenia, i ruchów obrotowych, brak odruchów Turyna przemawia przeciw rwie kulszowej i zwyczajnej myalgji, a ograniczenie ruchów, skrócenie nogi i bolesność stawu przy ucisku zwraca uwagę na staw biodrowy. Za cierpieniem stawu przemawia dalej ustępowanie bólów w spokoju, przy rwie kulszowej bowiem najsilniejsze bóle są w nocy, a wreszcie zdjęcia rengenologiczne.

***

*Staw ramieniowy* dość często wykazuje zmiany zniekształcające, ograniczające jego ruchy. Jednakże stosunek zmian anatomicznych tego stawu nie stoi w związku do jego sprawności, gdyż zmiany anatomiczne mogą być duże a sprawność stawu zachowana, odwrotnie nieraz niewielkim zmianom anatomicznym towarzyszy duże ograniczenie czynności. Przeważa pogląd, że arthritis deformans stawu ramieniowego występuje najczęściej na tle urazów. Mogą to być albo większe jednorazowe urazy albo też, jak to bywa przy pracy domowej, często się powtarzające drobne urazy, które doprowadzają do pęknięcia i roztrzaskania chrząstki, do drobnych krwawień, w następstwie czego występują zmiany sąsiadujących części miękkich, zmiany zapalne w kaletkach maziowych, naderwania torebek stawowych, uszkodzenia przyczepów mięśniowych, co wszystko razem bez wyraźnych zmian rentgenologicznych w znacznym stopniu ograniczać może czynność stawu. Wyraźna zmiana stawowa zaznacza się przedewszystkiem w kształcie główki, która się spłaszcza i przybiera jakby kształt czapki, pokrywającej kość ramienną.

Omarthritis występuje nieco częściej u mężczyzn, niż u kobiet, we własnym materjale stwierdziłam ją u 10% mężczyzn, a tylko u 7% kobiet. U mężczyzn jest ona najczęstsza u ludzi pracujących z instrumentami pneumatycznemi przezwyciężającemi opór powietrza, a także w innych zawodach gdzie staw barkowy jest szczególnie pracą obarczony jak np. to ma miejsce u służby domowej, gospodyń, ślusarzy, stolarzy, a także u sportowców etc.

W początku dolegliwości stawowe występują tylko w postaci bólów, najsilniejszych często w nocy, nasilających się w zimnie i wilgoci. Bóle te występują przy ruchach, przyczem nieraz występuje w stawie trzeszczenie lub tarcie, nie stojące w żadnym związku z ograniczeniem ruchu, który z początku może być zupełnie sprawny. Później dopiero występuje ograniczenie ru-

chu, przyczem utrudnione są głównie ruchy skrajne, szczególnie obrotowe. Bardzo często równocześnie z bólami w stawie ramieniowym połączonemi z utratą ruchu albo też przy ruchach całkiem swobodnych występuje zesztywnienie mięśnia kapturowego po stronie chorego stawu, również często występuje także bolesność uciskowa splotu ramieniowego także po stronie zmienionego stawu barkowego. Ból splotu ramieniowego może przy tem wykazywać różne promieniowanie: czasami idzie on do łokcia i dochodzi, nawet do palców, w innych przypadkach promieniuje do karku do lewej łopatki, czasami do przestrzeni międzyżebrowych i na przednią stronę klatki piersiowej. W przypadkach bardziej posuniętych dochodzi do tego, że staw barkowy jest całkowicie nieruchomy, bolesny, mięśnie sąsiednie znajdują się czasami w zaniku. Ponieważ nie zawsze zniekształcające zmiany stawowe są tak dalece posunięte żeby dać wyraźne zmiany w zdjęciu rentgenologicznem, należy w tych przypadkach bólów i ograniczenia ruchu w stawie barkowym wziąść pod uwagę różne stany chorobowe. Nieraz odosobnione zmiany stawu ramieniowego występują w następstwie ostrych zakażeń, wśród których na pierwszem miejscu stoi choroba reumatyczna, ale mogą one powstać także z powodu innych zakażeń, jak przejściowe zakażenia nieznanego pochodzenia, a także w następstwie ognisk zakażenia np. nieżytu oskrzeli, zapalenia woreczka żółciowego, etc. W tych jednak przypadkach opadanie krwinek będzie mniej lub więcej przyspieszone, czego się nie stwierdza w niepowikłanych przypadkach zniekształcających zmian stawowych. Tak samo zmiany stawu ramiennego zdają się często towarzyszyć przewlekłej włóknistej gruźlicy płuc. W tych przypadkach szczególnie jest wyraźna bolesność splotu ramiennego przy ucisku i promieniowanie bólu do okolic międzyżebrowych. Jednak i wtedy opadanie krwinek bywa przyspieszone, a tak jak i w poprzednich stanach naogół pomimo znacznego ograniczenia ruchów i charakterystycznych bólów nie znajduje się zmian stawu na zdjęciach rentgenologicznych.

Bywają jednak i takie przypadki, gdy ograniczenie ruchów w stawie barkowym i bóle w połączeniu z zesztywnieniem mięśnia kapturowego i uciskową bolesnością splotu ramiennego występują bez związku z pracą nadwyrężającą staw ramieniowy. W takich przypadkach nieraz stwierdza się zmiany w tętnicy głównej, jej rozszerzenia (miażdżyca, aortitis, aortalgia) i nie jest wykluczone, że tak bóle, i ograniczenie ruchu w stawie barkowym, jak i towarzyszące zesztywnienie mięśni i bolesność splotu ramieniowego wyzwolone są może przez podrażnienie uciskowe lub toksyczne splotów wegetatywnych, znajdujących się w klatce piersiowej (splot sercowy, splot tętnicy głównej, zwoje wegetatywne, szczególnie zwój gwiazdzisty). Za wegetatywnem pochodzeniem tych zmian przemawiałoby zaostrzenie się bólu na zmianę pogody, w czasie chłodu i wilgoci. Wreszcie dość często występują opisane zmiany stawu ramieniowego w okresie przekwitania, czasami równocześnie z zajęciem stawów kolanowych, a czasami samodzielnie. Jednak w tych ostatnich stanach chorobowych opadanie krwinek jest prawidłowe.

*W stawie łokciowym* objawy zniekształcającego zapalenia stawów są najczęściej pochodzenia urazowego, powstając na tle drobnych, małych urazów, na które narażeni są pracownicy przy pracy z instrumentami poruszanemi zgęszczonem powietrzem, a dalej szoferzy, ślusarze, kowale, motorniczy tramwajów, etc., wreszcie niektórzy sportowcy np. gracze w tenisa. Za urazowem pochodzeniem zmian w stawie łokciowym świadczy także i to, że występują one częściej u mężczyzn, niż u kobiet i że są częstsze po stronie prawej, niż lewej. Dolegliwości ze strony stawu łokciowego występują dość wcześnie, bo u młodzieży już około 16 roku życia. Wśród objawów odrazu przeważa pewne utrudnienie ruchu głównie zgięcia i wyprostowania stawu przy względnie zachowanych ruchach obrotowych, zahamowanie ruchu uwydatnia się głównie w położeniach krańcowych. W stawie częste są trzeszczenia i tarcia, czasami jest on zgrubiały.

Zdjęcie rentgenowskie wykazuje nieraz spłaszczenie główki kości promieniowej, wały kostne na wyrostku łokciowym i dziobiastym (coronoideus). Odłamane wyrostki kostne tworzą nieraz wolne ciała stawowe.

*Zniekształcające zmiany w stawie skokowym* są zwykle następstwem nieprawidłowej budowy stopy, szczególną rolę odgrywa tutej stopa płaska, albo też nadmiernego obciążenia ciała.

Zmiany zniekształcające występują w postaci bruzd na górnej powierzchni kości napiętkowej, kość ta bywa spłaszczona, nadbrzeżne wały kostne wytwarzają się szczególnie na jej przedniej i górnej powierzchni. Stykająca się z kością napiętkową dolna powierzchnia kości goleniowej również jest porysowana bruzdami, podobnie i powierzchnie dolnego stawu skokowego wykazują zmiany zniekształcające, bruzdy na powierzchniach stawowych, wyrośla kostne, zwężenie szpary stawowej.

Klinicznie zniekształcenia stawu skokowego zdradzają się bólami występującemi w czasie ruchu, uspakajającemi się w spokoju. Jeżeli przyczyną zniekształcenia stawu jest stopa płaska, to bóle te występują w środku stopy tak na jej górnej, jak i na dolnej powierzchni. Jeżeli stopa jest poprzecznie spłaszczona, to bóle są najwyraźniejsze w okolicy 2 — 4 kości śródstopnej w sąsiedztwie palców. Bólom stopy w tych przypadkach nieraz towarzyszą lub je wyprzedzają bóle w łydkach, w kolanach, w okolicy siedzeniowej. Nieraz przyczyną bólów w stopie bywa ostroga kości piętowej, najsilniejsze bóle są wtedy wyraźnie umiejscowione w środku pięty.

Bezpośrednią przyczyną bólów i ograniczenia ruchu jednak nie tyle są zmiany stawowe i kostne, ile zbytnie obciążenie stawu, którego następstwem jest rozluźnienie więzadeł, stany zapalne okostnej, bóle mięśniowe, etc. Najlepszym dowodem, że dolegliwości, bóle i ograniczenia ruchu są często wyzwolone nadmiernem obarczeniem stawu już zmienionego, jest poprawa kliniczna, którą można otrzymać przez zastosowanie spokoju lub odchudzenie chorych, pomimo, że zasadniczy proces stawowy się w ciągu tego czasu nie zmienia.

Względnie częstą zmianą jest zniekształcające zapalenie stawu podstawowego wielkiego palca nogi. Sprawa ta może występować samoistnie jako wyraz wielkiego obarczenia tego stawu przy chodzeniu i staniu, albo też występuje wtórnie, kojarząc się np. ze stopą płaską albo z koślawością palucha (hallux valgus). Staw podstawowy wielkiego palucha bywa wtedy zaczerwieniony, obrzmiały i bardzo bolesny. Nieraz z tego powodu zmiana stawu jest brana mylnie za objaw dny. Stan zapalny wyzwolony bywa w tych przypadkach przez bodźce nie mające nic wspólnego z dną, gdyż główną rolę odgrywają w tych przypadkach bodźce mechaniczne, w szczególności ucisk wywołany noszeniem nieodpowiedniego obuwia.

Leczenie zniekształconego zapalenia stawu podstawowego palucha uzależnione jest od tego, czy wystąpiły już równoczesne zmiany zapalne tego stawu. Jeżeli ich jeszcze niema przy stopie płaskiej zaleca się przedewszystkiem noszenie odpowiednich wkładek, jeżeli waga ciała jest zbyt duża — dietę odchudzającą, w każdym razie noszenie obuwia wygodnego, przystosowanego do nogi. Jeżeli sprawie towarzyszy zapalenie stawu, wskazany jest przedewszystkiem spokój, okłady rozgrzewające z wody Burowa lub kataplazmy z siemienia lnianego. Dopiero po przejściu objawów zapalnych można pozwolić na ruch, wtedy także zaleca się noszenie wkładek, dietę odchudzającą, etc.

*Zniekształcające zapalenie stawu* barkowo-obojczykowego jest dość częste, ale trudne do rozpoznania. Częstą przyczyną zmian tego stawu ma być kiła.

Staw barkowo-obojczykowy jest bolesny, czasami także zgrubiały. Jedno i drugie może być takie wywołane równoczesnem zapaleniem kaletki maziowej, znajdującej się pod wyrostkiem barkowym.

Klinicznym objawem zmian stawu barkowo-obojczykowego jest ból, który ustępuje głównie przy podnoszeniu ramienia ponad linię poziomą oraz do tyłu, bierne ruchy obrotowe są natomiast możliwe. Ten ostatni objaw szczególnie pozwala odróżnić zmiany stawu barkowo-obojczykowego od zmian stawu ramieniowego, gdzie utrudnione i bolesne są głównie ruchy obrotowe.

*Zniekształcające zapalenie stawu nadgarstkowego* jest względnie rzadkie. Częściej występują te zmiany w stawach palców szczególnie podstawowych i środkowych stawów drugiego i trzeciego palca obu rąk w okresie przekwitania. Na tym samym tle stwierdza się je także w stawie siodłowatym wielkiego palca.

Różniczkowe rozpoznanie arthritis deformans nie nastręcza większych trudności w początku cierpienia, natomiast w okresach późniejszych odróżnienie od pierwotnie przewlekłego gośćca może być dość trudne.

*Arthritis deformans rozwija się powoli głównie w wieku starszym, w początkach*

*przebiegu bez stanów zapalnych, bez zaczerwienienia i obrzęku stawów, z zachowaniem ich ruchomości, choć przy zmienionem często ustawieniu stawu i zmienionym typie ruchu. Jeżeli nawet w następstwie występują w bolesnych stawach z czasem wysięki, znikają naogół po pewnym czasie pod wpływem wypoczynku i leczenia. Zajęte są w olbrzymiej większości duże stawy. Chorzy nie gorączkują, ich stan ogólny jest dobry, opadanie krwinek jest prawidłowe.* Zdjęcia Rentgenowskie wykazują wprawdzie zmiany charakterystyczne dla zniekształcającego zapalenia stawów, ale nie jest to miarodajne dla ustalenia rozpoznania, gdyż tenże sam obraz rentgenologiczny może wystąpić w późniejszych okresach pierwotnie przewlekłego zapalenia stawów.

Rozpoznanie utrudnione bywa przez to, że często na tle zniekształcającego zapalenia stawów w późniejszych okresach powstać mogą w stawach wysięki, umiejscowione szczególnie często w kolanach, gdzie pod wpływem nadmiernego obciążenia lub złego ustawienia stawu, a także z powodu podrażnienia błony maziowej przez nadbrzeżne wały kostne powstaje miejsce zmniejszonego oporu, w którym łatwo osiadają zarazki. W tych przypadkach opadanie krwinek może być przyspieszone i niezmiernie trudno jest określić dokładnie charakter cierpienia, podobnego wtedy do pierwotnie lub wtórnie przewlekłego gościa. Jednakże wywiady (brak choroby reumatycznej w wywiadach), badanie i rozwój kliniczny cierpienia, a także zdjęcia rentgenologiczne nietylko stawu zmienionego, ale i innych stawów pomagają ustalić rozpoznanie. Wysięki stawowe pierwotnie przewlekłego gośćca są uporczywe, gdy raz w jednym stawie osiądą, nie opuszczają go, powikłania wysiękowe zniekształcającego zapalenia stawów ustępują pod wpływem spokoju i leczenia .

Zależnie od okresu trudne być może również odróżnienie od dny. Dla dny charakterystyczne jest atakowe występowanie cierpienia,stwierdzenie guzków dnawych, zachowanie się kwasu moczowego we krwi przy próbie obciążenia, obraz rentgenologiczny, ale to wszystko może nie wystarczyć, gdyż i na tle dny rozwinąć się mogą zniekształacające zmiany stawowe i powstanie znowu mieszany obraz chorobowy. Rozpoznanie jest szczególnie często sprowadzane na mylne tory i przez to, że zmiany stawu podstawowego palucha występują tak często Warthritis deformans i mylnie są brane za objaw dny. W takim przypadku wiek późniejszy, wysoka waga ciała, stopa płaska przemawia raczej za zniekształcającem zapaleniem stawów.

| | | Zniekształcające sprawy stawowe | Zakaźne sprawy stawowe |
|---|---|---|---|
| 1 | Początek cierpienia | Wiek późniejszy | Wiek młodszy |
| 2 | Ustalenie związku między chorobą stawów, a cierpieniem zakaźnem | Naogół związku nie daje się ustalić | Częsty związek |
| 3 | Związek między urazem a cierpieniem stawów | Często się daje ustalić | Nie daje się ustalić |
| 4 | Ciepłota ciała | Prawidłowa | Częste stany gorączkowe lub podgorączkowe |
| 5 | Opadanie krwinek | Prawidłowe | Przyśpieszenie |
| 6 | Zajęte stawy | Głównie duże stawy | Głównie, choć nie wyłącznie, stawy małe |
| 7 | Zesztywnienie stawów | Rzadkie i późne | Częste i wczesne |
| 8 | Rentgen | Wczesne uszkodzenie chrząstki i bujanie kostne | Późne uszkodzenie chrząstki i późne bujanie kostne |

## CHOROBY WEWNĘTRZNE.

**Azotemia nie nerkowa i jej leczenie za pomocą mocznika i wyciągów wątroby. (L'azotémie non uréique et son traitement par l'urée et les axtraits de foie). W. Nonnenbruch et J. Weise.**

*Presse Médicale. Nr. 94, 1935.*

W azotemiach pochodzenia nerkowego azot t. zw. resztkowy, nie mocznikowy, wskazuje na zaburzenia przemiany ciał białkowych i niezależnie od niewydolności nerek jest przyczyną obrazu klinicznego mocznicy. Azot resztkowy obrachowuje się przez oznaczenie różnicy między azotem całkowitym i azotem mocznikowym. Rezultaty są bardzo różne zależnie od techniki badania. Azot mocznika wynosi według autorów od 13 — 17 mg%, azotu całkowity około 35 mg%, wreszcie azot resztkowy około 18% mg. Autorzy stwierdzili u chorych z cierpieniami wątrobowemi lub nerkowemi (z prawidłową przemianą materji), że pogorszenie stanu klinicznego idzie w parze z powiększeniem poziomu azotu resztkowego we krwi, przyczem ważny jest nietylko poziom tego podwyższenia, ale i szybkość jego wznoszenia się. Wysoki poziom azotu resztkowego może być dobrze znoszony, pod warunkiem, że powiększa się on stopniowo. Poziom azotu resztkowego ma wpływ na stan kliniczny chorych nawet gdy ilość azotu całkowitego nie jest powiększona. Zaburzenia przemiany białkowej, których wyrazem jest powiększenie azotu resztkowego, mogą powodować zjawienie się produktów toksycznych, zmniejszenie azotu resztkowego, równolegle do poprawy przemiany białkowej może tem samem wywołać poprawę objawów klinicznych. W wyniku około 150 spostrzeżeń twierdzą autorzy, że składniki mocznikowe i nie mocznikowe azotu całkowitego znajdują się do siebie w stosunku odwrotnie proporcjonalnym: powiększeniu jednej frakcji - towarzyszy zmniejszenie drugiej. Autorzy dzielą swe spostrzeżenia na dwie zasadnicze grupy: pierwotnych zmian ilościowych mocznika i pierwotnych zmian azotu resztkowego.

Codzienne podawanie małych dawek mocznika (20 — 30 gr) osobom zdrowym powiększa nieco azot mocznikowy i całkowity, obniżając azot resztkowy. Mocznik zmniejsza się nieraz przy znacznej diurezie i niewystarczającem wytwarzaniu mocznika, jednakże azot całkowity nie zmniejsza się równolegle do azotu mocznika, a nawet może się powiększyć. Zmniejszenie mocznika krwi bywa wyrazem niedostatecznej odbudowy ciał białkowych, czemu towarzyszyć może powiększenie azotu resztkowego. Stan taki wystąpić może u chorych z cierpieniami wątroby, jednakże poziom mocznika nie zawsze u tych chorych jest zmniejszony, czasami w początkach choroby jest nawet powiększony. Mocznik krwi może się powiększyć gdy po uprzednich zaburzeniach przemiany białkowej wytwarzanie mocznika staje się prawidłowe. Wyciągi wątroby wpływają wtedy korzystnie na uregulowanie przemiany białkowej i przyspieszają odbudowę białek, zmniejszają one powiększenie azotu resztkowego we krwi, powiększając równocześnie azot mocznika; azot całkowity może się w tym czasie zmniejszyć. Powiększenie mocznika może wystąpić naskutek względnej oligurji, będącej następstwem niewydolności nerek w końcowych okresach ciężkich chorób wątroby, azot resztkowy zmniejsza się w tym czasie.

Leczniczo udaje się podnieść poziom mocznika krwi, zmniejszając tem samem azot resztkowy, co równocześnie działa korzystnie na stan chorych. Odwrotnie przy podwyższeniu poziomu azotu resztkowego pogarsza się kliniczny stan.

Na tem spostrzeżeniu oparli autorzy swą metodę leczenia chorób wątroby przez podawanie mocznika. Metoda ta dała dobre wyniki szczególnie w ostrych postaciach miąższowych cierpień wątroby, i w okresach zaostrzenia postaci przewlekłych. Autorzy podają w ciągu kilku dni po 20 — 30 gr. mocznika dziennie, po 10 gr. na dawkę, spożywanych w drobnych porcjach w osłodzonej lemoniadzie w ciągu 1 — 2 godzin. Naogół w następstwie razem z powiększeniem mocznika zmniejsza się azot resztkowy, w niektórych przypadkach równocześnie zmniejsza się także azot całkowity.

Pierwotne powiększenie azotu resztkowego występuje nieraz po obciążeniu ustroju kwasami aminowemi i chlorkiem ammonu przyczem równocześnie zmniejsza się azot mocznikowy. Obciążenie to u chorych z cierpieniami wątroby wywołuje pogorszenie stanu ogólnego, bóle głowy, senność. Z tego też względu autorzy nie prowadzili dłużej tego leczenia. Spostrzeżenia te tłomaczą również pogorszenie stanu chorych wątrobowych po spożyciu mięsa. W stanach tych gromadzą się szkodliwe produkty odbudowy białek, a równocześnie zmniejsza się wydzielanie mocznika, gdyż składniki powiększonego azotu resztkowego mogą bezpośrednio upośledzać wytwarzanie się mocznika.

Jaki jest mechanizm działania wyciągów wątroby i mocznika na zachowanie azotu resztkowego nie jest dokładnie wiadomo. Ponieważ azotemia z powiększeniem azotu resztkowego występuje często w przebiegu cierpień wątroby, metoda autorów, polegająca na podawaniu mocznika, znajduje zastosowanie w przebiegu tych cierpień szczególnie w okresie ich zaostrzenia. Leczenie dietetyczne zachowuje jednak wszystkie swe prawa, należy pamiętać o ograniczeniu dowozu ciał azotowych w celu zaoszczędzenia wątroby, te same ograniczenia odnoszą się i do tłuszczów. Wytwarzanie zapasów glikogenu w wątrobie, zalecane przez *Eppingera*, ma i według autorów znaczenie ochronne dla komórek wątroby. Korzystne wyniki lecznicze przez stosowanie mocznika potęgują się jeszcze przy równoczesnem podawaniu wyciągów wątroby.

**Zapalenia nerek po przelewaniu krwi. (Les néphrites de la transfusion). T z a n c k, M o l i n e.**

*Paris Médical. Nr. 42, 1935.*

Zapalenia nerek po przelewaniu krwi spostrzegano od chwili stosowania przelewania. Przebieg tych spraw nerkowych jest naogół krótki, trwają one od 8 — 15 dni, często kończą się śmiercią.

Objawy zapalenia nerek na tle przelewania krwi można podzielić na 4 okresy. W okresie pierwszym, już w czasie samego przelewania, gdy chory otrzymał zaledwie 20 — 30 cm.$^3$ krwi, występują bóle głowy, czasami wymioty, bóle w okolicy lędźwiowej, nieraz twarz zaróżawia się zbyt szybko, w innych przypadkach blednie, tętno się przyśpiesza przy równoczesnym spadku ciśnienia krwi. W innych przypadkach chorzy mają duszność lub uczucie duszenia się. Gdy ilość przelanej krwi jest już nieco większa, występuje czasami podwyższenie ciepłoty do 39°, 40°. Z tych spostrzeżeń wynika, że przelewanie krwi należy czynić bardzo wolno i uwzględniać najmniejsze skargi chorych. Opisane objawy mijają nieraz bez śladu tak, iż można przypuszczać, że nie pozostawią one po sobie żadnych następstw. Nieraz jednak pomimo początkowo lekkich objawów najwcześniej 6, a najpóźniej 24 godzin po przelewaniu występują objawy znacznie cięższe najczęściej w postaci anurji. Sondą wydobywa się wtedy zaledwie kilka centymetrów moczu, zawierającego białko, hemoglobinę, mniej lub więcej zmienione czerwone ciałka krwi, wałeczki ziarniste przy zmniejszonej ilości mocznika i chlorków. Stan ten jest bardzo zmienny. Anuria trwa nieraz kilka dni poczem występuje nagle dość obfite wydzielanie moczu (400 — 500 cm.$^3$), wtórnie znowu może wystąpić anuria. Najczęściej jednak wydzielanie moczu ubogiego w chlorki i mocznika jest skąpe (200 — 300 cm.$^3$ dziennie), poczem powoli znowu się powiększa. Stan chorych w tym okresie jest niezły, badanie krwi zwykle wykazuje powiększenie mocznika i zmniejszenie zasobu zasad jako wyraz zakwaszenia ustroju. Okres ten trwa zwykle około 10 dni. W okresie trzecim wydzielanie moczu zwiększa się nagle znacznie, powyżej litra, pomimo to w tym samym czasie poziom ciał azotowych we krwi jest wysoki, wydzielanie mocznika i chlorków do moczu słabe. Jeżeli skład moczu nie poprawia się szybko, rokowanie jest bardzo poważne pomimo pozornej poprawy w wydzielaniu moczu; rokowanie jest pomyślniejsze jeżeli się wzmaga wydzielanie mocznika. Czwarty okres zaczyna się 10 — 15 dni po przelewaniu krwi. Okres ten przebiegać może różnie w zależności od tego, czy wydzielanie moczu się poprawi lub nie. Rokowanie jest dobre jeżeli wydzielanie moczu wyraźnie się poprawia, dochodząc do 3 litrów na dobę i co najważniejsza, gdy mocz zawiera znaczne ilości azotu i chlorków, podczas gdy waga chorych obniża się znacznie, równolegle do tego zmniejsza się poziom mocznika we krwi. Mocz jednak zawiera jeszcze w tym okresie wałeczki szkliste. Chorzy powoli przy zmniejszającej się po kilku dniach ilościach moczu wchodzą w okres zdrowienia. Rokowanie jest niedobre przy silniejszem uszkodzeniu nerki, co zwykle ma miejsce, gdy do przelewania stosowano krew, nie dobierając należycie grup krwi. W tych przypadkach, mniej więcej w tydzień po rozpoczęciu zapalenia nerek, występują objawy mocznicy, brak apetytu, nudności, wymioty, rozwolnienia, etc. Chorzy są senni, czasami występują napady drgawek i w ciągu kilka dni następuje zgon.

Opisanym tu najczęstszym objawom towarzyszy czasami krwiomocz, czasami zjawiają się obrzęki. W innych przypadkach uszkodzenie nerki łączy się z uszkodzeniem wątroby, wyrażającem się żółtaczką. Wszystkim powikłaniom nerkowym przelewania krwi towarzyszyć mogą pokrzywki, lotne obrzęki, bóle stawowe, krwawienia skórne, etc. Objawy te są jednak przemijające i nie zostawiają po sobie śladów. Mają one to samo znaczenie co podobne objawy przy powikłaniach nerkowych chemoterapji.

Prawie wszystkie powikłania nerkowe przelewania krwi wywołane są przelewaniem gatunków krwi sobie nie odpowiadających czy to dlatego, że nie odpowiadają sobie grupy krwi u tego samego gatunku, czy też, że krew pochodzi z różnych gatunków. Powikłania mogą jednak wystąpić i w tych, co prawda bardzo rzadkich, przypadkach, w których grupy krwi odpowiadały sobie całkowicie.

Charakterystyczne cechy zapalenia nerek po przelewaniu krwi są całkowicie podobne do zaburzeń nerkowych, występujących po pewnych środkach leczniczych u ludzi, wykazujących brak tolerancji w stosunku do tych środków.

Początkową przyczyną zaburzeń nerkowych zdaje się być skurcz drobnych naczyń nerkowych, który, według *Vollhard'a*, jest najważniejszym czynnikiem kłębuszkowego zapalenia nerek, występującego przy sprawach nerkowych na tle chemicznem. Z objawów klinicznych najważniejszemi są postępująca azotemia, zmniejszenie zasobu zasad, anuria, brak obrzęków, postępowanie cierpienia, kończącego się nieraz śmiercią około 2 tygodni po wystąpieniu zaburzeń.

Różnice zapalenia nerek po przelewaniu krwi od zapalenia nerek na tle chemicznem polegają przedewszystkiem na braku stosunku między ilością przelanej krwi czyli czynnika szkodliwego a stopniem zmian nerkowych. Występowanie lotnych obrzęków, pokrzywek, artralgji jest zupełnie podobne do objawów, towarzyszących sprawom nerkowym na tle nietolerancji środków chemicznych. Zapobieganie zapaleniom nerek po przelewaniu krwi polega przedewszystkiem na doskonałem dobraniu odpowiedniego dawcy krwi, na dokładnem określeniu grup krwi. Autorzy omawiają pokrótce metody szybkiego określania grup krwi w przypadkach nagłych, zwracając uwagę na metodę biologiczną Oehlecker'a. Metoda ta polega na początkowem wstrzyknięciu kilku cm$^3$. krwi, pobranej od dawcy. O ile w czasie tego wstrzyknięcia występują objawy podejrzane, szczególnie bóle w okolicy lędźwiowej, wstrzykiwanie należy przerwać. Próba ta posiada wartość tylko wtedy, gdy jest dodatnia, a nawet i wtedy znaczenie jej jest wątpliwe gdyż np. bardzo nieznacznym objawom bólowym w okolicy lędźwiowej może towarzyszyć ciężkie zapalenie nerek. Lepszą już jest metoda Beth Vincent.

Leczenie jest podobne do leczenia ostrego zapalenia nerek. W razie uporczywych wymiotów i rozwolnienia wskazane jest podskórne wstrzyknięcie fizjologicznego roztworu soli, ew. wstrzyknięcie śródżylne isotonicznego roztworu glukozy. Dobre wyniki otrzymywano nieraz po śródżylnych

wstrzyknięciach dwuwęglanu sodu (10,7 na 1000.0). Dwuwęglan sodu działa korzystnie, gdyż zwalcza zakwaszenie, towarzyszące nieraz zapaleniu nerek po przelewaniu krwi. W końcu omawiają autorzy sposoby wykluczenia układu nerwowego nerki (za pomocą dekapsulacji, parawertebralnego znieczulenia korzonków tylnych, wysokiej rachianestezji) jako metody pozwalającej uniknąć zaburzeń diurezy po przelewaniu krwi. Działanie tych metod jest jednak jeszcze niedostatecznie zbadane w klinice, najpewniejsze jest surowe zapobieganie wystąpieniu powikłań przez dokładne określanie grup krwi dawcy i chorego.

**Sprawdziany histologiczne nadczynności przedniego płata przysadki w pewnych przypadkach otyłości. (Tests histologiques de l'hyperfonctionnement prehypophysaire, chez certains obéses).** **Merklen, Aron, Israel et Jacob.**

*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp: de Paris. Nr. 27. 1935.*

Autorzy określają nadczynność przedniego płata przysadki mózgowej za pomocą następującej metody. Wstrzykują oni w ciągu trzech dni po 5 cm$^3$. świeżego moczu trzytygodniowym świnkom morskim. Jeżeli mocz pochodzi od jednostek zdrowych, stwierdza się u świnek lekką nadczynność tarczycy i jajników. W przypadkach nadczynności przysadki, tarczyca i jajniki świnek wykazują również wzmożoną czynność, w przypadkach zmniejszenia czynności przysadki pozostają one bez zmiany. Badania autorów w 22 przypadkach otyłości (okres przekwitania, przyczyny nieokreślone) wykazały tą drogą nadczynność przedniego płata przysadki mózgowej. Nadczynność ta jest zrozumiała w okresie przekwitania gdy zmniejszenie czynności jajników pobudza wydzielanie hormonów przedniego płata przysadki. Leczenie w tych przypadkach powinno albo zmniejszać wydzielanie przysadki, albo pobudzać niedostateczne wydzielanie jajników, tarczycy, etc...

**Leczenie dokrewne grasicą. (L'opothérapie thymique).** **Gilbert, Dreyfus.**

*Buletin Générale de thérapeutique. Nr. 5. 1935.*

Najważniejszą dziedziną dla stosowania grasicy są zaburzenia dojrzewania płciowego i zaburzenia wzrostu. Grasica wpływa na rozwój aparatu płciowego głównie męskiego, na wzrost i rozwój szkieletu, na rozwój ogólny, na układ nerwowy, na pewne dziedziny przemiany materji (prawdopodobnie na przemianę nukleoproteinów, tłuszczów i wody). Grasica wydziela jakieś ciało swoiste, jednak dotychczas nie udało się wykazać przechodzenia tego ciała do krwi. Autor uważa, że najkorzystniejszym sposobem podawania grasicy jest wstrzykiwanie jej wyciągów domięśniowo lub podskórnie. Podawanie doustne ma działanie mniej wyraźne i stałe; autor stosuje je jako leczenie pomocnicze, podając nie wyciągi, ale zwyczajną grasicę cielęcą. Dawka dzienna wynosi 25 — 30 gr. w ciągu 2 — 3 miesięcy.

Wyciągi zawierają 1, 3, 5, a nawet 10 gr. grasicy na 1 cm$^3$. wyciągu. Wstrzyknięcia u niemowląt ogranicza się do 1 gr., u dzieci starszych stosuje się dawki większe do 10 gr. Wstrzykiwania robi się zwykle co drugi dzień, serjami po 12 w ciągu 25 — 30 dni. Po przerwie około czterotygodniowej daje się drugą serję, po której znowu następuje przerwa miesięczna, a po niej nowa serja 12 wstrzyknięć. Wyciągi grasicy są zwykle dobrze znoszone i nie wywołują żadnych zaburzeń. Grasica znajduje głównie zastosowanie w przypadkach kryptorchizmu, gdzie nieraz jedna serja wstrzyknięć powoduje zupełne zejście jąder. Najkorzystniejsze są przypadki, w których jądra są ruchome i znajdują się bądź w kanale pachwinowym, bądź w jego zewnętrznym otworze. W razie nieruchomości jąder nie można i od tego leczenia oczekiwać poprawy. Wyniki są najkorzystniejsze u chłopców między 9 — 10 rokiem życia, można jednak leczenie zacząć przed 9 rokiem życia i w razie potrzeby przeciągnąć je dłużej. Stosowanie grasicy działa czasami dodatnio w przypadkach słabego rozwoju jąder, czasami także u młodzieży męskiej spóźnionej w dojrzewaniu płciowem podawanie wyciągów grasicy wpłynąć może korzystnie na uwydatnienie się cech męskich. U dzieci normalnych wywołuje grasica przyspieszenie wzrostu. Wyciągi te zaleca się więc w przypadkach słabego wzrostu, w przypadkach achondroplazji i karłowatości pochodzenia przysadkowego. Grasica posiada także pewien wpływ na rozwój umysłowy, zalecają też jej stosowanie w przypadkach niedorozwoju umysłowego, kretynizmu i mongolizmu.

Wreszcie grasica może znaleźć zastosowanie w przypadkach zatrzymania wzrostu, połączonego z otyłością i zaburzeniami płciowemi. Objawy te, występujące nieraz przed okresem dojrzewania, podobne są do zespołu choroby Frohlicha - Babińskiego, jednakże różnią się od tego zespołu całkowitym brakiem objawów przysadkowych. W tych przypadkach podawanie grasicy wpływa już po kilku tygodniach na zmniejszenie wagi i na rozwój płciowy. W końcu leczenie grasicowe znajduje jeszcze korzystne zastosowanie w przypadkach złego rozwoju zębów (spóźnione zjawienie się zębów, spóźnione wypadanie zębów mlecznych).

**Nowe doniosłe drogi w lecznictwie. Granuloterapia. (Une importante voile nouvelle ouverte en thérapeutique. La granulothérapie).** **Auguste Lumiére.**

*Presse Medicale: M. 91. 1935.*

Granuloterapją, nazywa autor wstrzykiwania węgla, stosowane od niedawna w lecznictwie w różnych stanach zakaźnych. Nowa ta metoda zdaje się przeczyć starej zasadzie, że ciała działają leczniczo tylko w roztworze, że warunkiem ich działania jest zdolność rozpuszczalności. Przeciwko możności wprowadzenia do krążenia ciał stałych przemawiały także spostrzeżenia, wykazujące, że po wstrzyknięcieciach doświadczalnych występowały nieraz u zwierząt ciężkie wstrząsy. Jednakże w ostantich latach lekarze amerykańscy *Conclin i Saint - Jacques* wykazali, że można wprowadzać śródżylnie, bez wywołania objawów szkodliwych, drobniutkie cząsteczki węgla, które mają właściwość zwiększania zdolności obronnych ustroju przeciwko zakażeniom. Spostrzeżenia te zostały w następstwie potwierdzone przez innych autorów.

Rozmiary ziarenek wstrzykiwanego węgla są bardzo różne, od najdrobniejszych, nie wynoszących więcej, niż dziesięć części mikronu do przewyższających 100 mikronów. Wszystkie przetwory węgla, przeznaczone do wstrzykiwań mają jed-

nakowe stężenie (2%), jednakże wielkość cząsteczek węgla bardzo się zmienia w różnych przetworach, wahając się od 6 — 200 mikronów na mm³. Nie ustalono jeszcze, czy istnieje jakiś stosunek między wielkością i liczbą ziarenek, a ich działaniem leczniczem. Niektóre z tych ziarenek mają kształty bardzo nieregularne, te ostatnie mogą nieraz wywoływać wstrząsy, przez mechaniczne podrażnienie włókienek nerwowych szarych w błonie wewnętrznej naczyń krwionośnych. Węgiel, stosowany do wstrzyknięć bywa pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego; jego pochodzenie zdaje się nie odgrywać większego wpływu na działania lecznicze, jednak cząsteczki węgla roślinnego mają właśnie kontury nieregularne, mogące drażnić ściany naczyniowe.

Wstrzykiwania węgla nie powiększają liczby czerwonych ciałek krwi, natomiast wpływają znacznie na białe ciałka, już w kilka godzin po wstrzyknięciu wywołują leukocytozę wielojądrzastą ze zmniejszeniem odsetka limfocytów, leukocytoza jest najsilniejsza po 10, ustępuje po 24 godzinach. Przetwory o ziarenkach drobnych wytwołują najsilniejszą leukocytozę. Naogół wstrzykiwania codziennie małych dawek mają to same znaczenie, co rzadsze wstrzykiwania dawek większych. Powrót formuły leukocytów do stanu prawidłowego następuje na 10 dzień po wstrzyknięciu, od czwartego do 17 dnia zjawiają się we krwi limfo i monoblasty. Ponieważ podobne zmiany formuły leukocytów spostrzega się w zakażeniach, z których nieraz ustrój wychodzi zwycięzko, tłomaczą one przynajmniej częściowo korzystne działanie węgla.

Cząsteczki węgla osadzają się głównie w wątrobie, w śledzionie i w płucach, a także i nerkach. Zdają się one tam pozostawać trwale, gdyż w trzy miesiące spotyka się je w tej samej ilości, co na drugi dzień po wstrzyknięciu. Ziarenka węgla są prawdopodobnie zbyt duże dla przenoszenia ich przez fagocyty.

*Sabrazés i Morton* stwierdzali po wstrzyknięciach duże zmiany histologiczne w płucach, wytwarzały się pseudogruzełki i bujania tkanki łącznej i z tego powodu zaniechali leczenia węglem. Autorzy uważają, że nie jest to należycie uzasadnione, dawki stosowane w doświadczeniach przewyższały bowiem znacznie dawki używane u człowieka w celach leczniczych, ponadto nie zauważono dotychczas pomimo tysięcy wstrzykiwań żadnych objawów szkodliwych, wreszcie nieraz w stanach ciężkich wstrzykiwania węgla miały działanie dodatnie. Czasami tylko bezpośrednio po wstrzykiwaniach węgla występują lekkie objawy wstrząsu, a w jakieś pół godziny, nie dające się wytłomaczyć, drżenie ogólne. Autorzy uważają, że działanie lecznicze węgla można powiększyć, stosując ciała, które zamiast samego mechanicznego działania cząsteczek miały jeszcze działanie chemiczne. Myślą tu autorzy o ciałach słabo rozpuszczalnych o specyficzno - chemicznem działaniu. Stosowanie tych ciał, nie będących całkowicie nierozpuszczalnemi w wodzie i w surowicy, pozwoli ponadto na ich wydzielanie po pewnym czasie, dzięki czemu uniknie się blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego. Idąc drogą tej myśli należałoby oczekiwać wyników dodatnich od stosowania mało rozpuszczalnych połączeń złota, bismutu, rtęci, antymonu, arszeniku, etc.

**Zatrucie błonicze i kwas askorbiowy nadnerczy. (Intoxication diphtérique et acide ascorbique des surrenales). Mouriquand, Sedallian et Coeur.**

*Presse Médicale. Nr. 104. 1935.*

Zatrucie błonicze, atakując różne narządy, odbija się szczególnie na nadnerczach. Objawy niewystarczalności nadnerczy w przebiegu błonicy są częste. Badanie pośmiertne wykazuje nieraz krwawienia i zmiany wsteczne nadnerczy. Obok objawów bardzo jaskrawych, świadczących o niewystarczalności nadnerczy, istnieją jednak i objawy ukryte, między innemi należy tu wykryte przez autorów, zmniejszenie wydzielania adrenaliny. Doświadczalne badania autorów wykazały, że poza zmniejszeniem wydzielania adrenaliny, następuje również zmniejszenie wydzielania kwasu askorbiowego, znajdującego się we względnie dużych ilościach w korze nadnerczy. W przebiegu zatrucia błonicą nadnercza opróżniają się więc tak z adrenaliny, jak i z kwasu askorbiowego. Obecność kwasu askorbiowego ma prawdopodobnie pewne znaczenie w walce ustroju z zakażeniem, z tego też względu ponieważ zakażenie zmniejsza czynność rdzenia nadnerczy i przeciwdziała wiązaniu kwasu askorbiowego przez korę nadnerczy, zalecają autorzy w przebiegu zatrucia błoniczego, obok wstrzykiwań adrenaliny, ew. wyciągu całkowitego nadnerczy, także stosowanie kwasu askorbiowego.

*E. Riecher.*

## CHIRURGJA.

**Opóźnione występowanie objawów w niektórych przypadkach złamań urazowych kości. (Fractures à retardement ou fractures avec deplacement en deux temps). Masmonteil.**

*Bull et Mem. de la Soc. des Chir. de Paris. 1935. XI.*

Pod nazwą „opóźnione złamanie“ rozumiemy złamanie, którego objawy kliniczne i rentgenologiczne występują dopiero w kilkanaście (do 25) dni po urazie. Autor opisuje 2 takie obserwowane przez siebie przypadki złamania szyji kości udowej i złamania obojczyka. W obydwu przypadkach zaraz po urazie wystąpił ból w danej okolicy, jednakże zdjęcie rengenowskie, jak i badanie fizykalne złamania nie stwierdziło. Dopiero w kilkanaście dni nagłe bóle w miejscu urazu nasiliły się znacznie, a badanie rentgenologiczne i fizykalne stwierdziło złamanie z dużem przemieszczeniem odłamów. — Podobne przypadki opisane już były w piśmiennictwie.

Opóźnienie w ujawnieniu się objawów złamania tłumaczy autor w następujący sposób: uraz wywołuje tu jedynie poprzeczne pęknięcie kości, wylew krwawy z zaczopowaniem naczyń w kanałach Haversa. Stan ten klinicznie ani rentgenologicznie stwierdzić się nie daje, jednakże w następstwie powoduje obumarcie kości po obu stronach powierzchni pęknięcia. Po wessaniu się obumarłych tkanek działanie siły mięśni przemieszcza łatwo odłamy, co ma miejsce między 10 a 20 dniem od daty urazu.

O takich ujawniających się późno złamaniach należy pamiętać zarówno ze względu na koniecz-

ność zastosowania wcześnie unieruchomienia kończyny, jak i przy ocenianiu bezpośrednio po urazie stopnia obrażenia (ciężkie, lekkie).

**Przypadek samoistnego przedziurawienia wrzodu uchyłka Meckela przy współistnieniu nowotworu (karcinoid) wyrostka robaczkowego. (Sur un cas de diverticule de Meckel erfore coincidant avec une tumeur de l'appendice). Henrichsen.**

*La Presse Med. Nr. 98, grudzień 1935.*

Chora lat 19, bez żadnych dotychczas dolegliwości dostała nagle gwałtownych bólów podbrzusza i wymiotów. Po 3 dniach została przywieziona do szpitala i tu badanie przedmiotowe stwierdziło: temperatura 38,6°, tętno 120 na 1' przy ogólnym stanie zadawalniającym; napięcie powłok, szczególnie podbrzusza, wzmożone; badanie palcem przez odbytnicę wykazało żywą bolesność po stronie prawej. Rozpoznając ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, przystąpiono do natychmiastowej operacji. Po przecięciu powłok wyrostek znaleziono naciekły, zgrubiały, w jamie brzusznej — płyn surowiczy, jasny. Po usunięciu wyrostka okazało się jednak, że w miednicy małej zbiera się płyn mętny, Podejrzewając przedziurawienie jelita cienkiego, przeszukano je dokładnie i w odległości 35 cm. od zastawki Bauhina znaleziono uchyłek jelitowy długości 4 — 5 cm., o ścianie nacieczonej, przedziurawiony. Uchyłek usunięto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Badanie histologiczne tkanek wyciętych wykazało: zapalenie tkanki uchyłka, 2 przedziurawienie ściany, oraz kankroid wyrostka robaczkowego. Opisując ten przypadek, autor stwierdza, że uchyłek Meckela spotyka się stosunkowo rzadko, jednakże należy zawsze o tej możliwości pamiętać, zwłaszcza w przypadkach, kiedy objawy kliniczne i zmiany w otrzewnej nie odpowiadają stanowi wyrostka robaczkowego. Z tego względu autor przedkłada przy operacji cięcie brzucha przy zewnętrznym brzegu mięśnia prostego — nad cięciem skośnem Mac Burney'a, gdyż to pierwsze daje lepszy dostęp do jelit cienkich i małej miednicy.

**Nietypowy początek kliniczny raka kiszki grubej. (Le cancer du colon a début atypique). M. Chiray G. Rosanoff.**

*La Presse Méd. Nr. 87, październik 1935.*

Typowemi objawami początkowemi raka kiszki grubej są: zaparcie stolca naprzemian z biegunkami i krwawienia z jelit. Jednakże objawy te w dużej liczbie przypadków nie występują wyraźnie i schorzenie zostaje rozpoznane dopiero wtedy, gdy dołączą się: wyniszczenie rakowe i objawy niedrożności przewodu pokarmowego, co zwykle ma miejsce w okresie późniejszym, nienadającem się już do leczenia doszczętnego.

W przypadkach nietypowych rak kiszki grubej przejawia się klinicznie bądź to objawami schorzenia jelitowego nienowotworowego, bądź objawami schorzenia pozajelitowego, bądź też jedynym objawem jest gorączka — stała lub ciągła.

I. Objawy nienowotworowego schorzenia jelit mogą przypominać zapalenie wyrostka robaczkowego, gruźlicę kątnicy, spastyczne stany jelita grubego, zapalenie jelita grubego, oraz objawy megacolon lub uchyłka jelitowego.

II. Objawy pozajelitowe schorzenia mogą przypominać kolkę nerkową, wrzód lub zapalenie śluzówki żołądka, schorzenia narządów moczowo-płciowych i t. p.

III. Utrzymująca się przez czas dłuższy gorączka stała lub przerywana może nasunąć podejrzenia duru brzusznego, zimnicy, lub ostrego zapalenia pęcherza żółciowego.

Czasami zaś rak kiszki grubej nie daje ze swej strony żadnych objawów klinicznych, dopiero objawy jego przerzutów — najczęściej do płuc — zwracają uwagę chorego. Ta różnorodność objawów klinicznych raka kiszki grubej czyni koniecznem dokładne zbadanie każdego z podejrzanych o to cierpienie przypadków — zarówno klinicznie, jak i rentgenologicznie. We wczesnych okresach raka kiszki grubej na obrazie rentgenowskim stwierdza się tylko zwężenie światła jelita, bez żadnych ubytków lub zniekształceń — obraz przemawiający raczej za stanem spastycznym jelita. W takich przypadkach należy zawsze badanie rentgenowskie powtórzyć po paru dniach; obecność zwężenia zawsze w tem samem miejscu, stwierdzona kilkakrotnie, pozwoli ustalić rozpoznanie raka. Również i w tych przypadkach, gdzie obraz rentgenowski kiszki żadnych zmian chorobowych nie wykazał, należy badanie to powtórzyć po paru tygodniach.

**Miejscowe leczenie nadmiernego pocenia stóp i dłoni. (Traitement des hyperhidroses locales). Rebuffat.**

*Bruxelles — Méd. sierpień 1935.*

I. *Stopy.* Nadmierne pocenie występuje często w przypadkach stopy płaskiej i wymaga wówczas przedewszystkiem leczenie zasadniczego, ortopedyczno - chirurgicznego. W innych przypadkach — prócz częstego mycia nóg, noszenia przewiewnego obuwia, zwilżonego wewnątrz 15% roztworem formaliny, i pończoch, przesyconych 3% roztworem kwasu bornego — stosuje się objawowo następujące zabiegi: częste wycieranie stóp płynem o następującym składzie: 1) formalin. 40% — 40,0, Ac. salic., camph. pulv àà 50, spirit. vini rectif. 200,0, lub: 2) Kalii bichrom. 30,0, ess. lavend. 1,0, Ferr. sesquichlor. 30,0, Glycerini 10, Aq. dest. 220,0. Po wyschnięciu, należy stopy przypudrować przysypką o składzie — ac. salic. 5,0, ac. tart., ac. boric. àà 10,0, Zinci oxydati 20,0, talci 50,0. 2 — 3 razy w tygodniu należy w skórę stóp wcierać maść następującą: Ichtyoli 5,0, Ol. terebinth. 5,0, Zinci oxydati 10,0, Lanolini 40,0. W przypadkach bolesnych pęknięć naskórka należy je smarować 2% roztworem azotanu srebra, po wysuszeniu, przypudrować mieszanką tannoformu i talku w stosunku 1 : 2.

II. *Dłonie:* Należy na noc wycierać 50% spirytusem, po wysuszeniu przypudrować mieszanką w równych ilościach: tlenku cynku, tannoformu, węglanu magnesu i talku, poczem włożyć cienkie niciane rękawiczki. Prócz tego, 3 razy dziennie należy dłonie wycierać roztworem: ac. boric. 5,0 borax, ac. salic àà 15,0, Glycerin, spirit. 60% àà 60,0.

**Zawał krezki. (Infarctus du mésentère — 44 Congres de l'assoc. franç. de chirur). Análine, Lefebvre.**

*Paris Médical Nr. 45, listopad 1935.*

Zawał krezki jest schorzeniem, które może występować zarówno jako powikłanie przebiegu

stanu pooperacyjnego, jak i samodzielna jednostka chorobowa. Występuje przy tem zwykle zawał danego odcinka jelita. Zawał może mieć różny stopień nasilenia — od ostrego zasinienia tkanek aż do prawdziwego wylewu ogniskowego. Powstanie zawału tłumaczyć należy po większej części niedrożnością naczyń powyżej danego odcinka, wskutek czego powstaje zatrzymanie się krwi i przenikanie jej przez ściany naczynia. Spotyka się jednakże przypadki, gdzie zmian anatomo-patologicznych w naczyniach stwierdzić nie można; w tych razach zmiany w krążeniu należy odnieść do zaburzeń naczynio-ruchowych. Przyczyny zawału mogą być zarówno miejscowe, jak i ogólne. Miejscowe — są to wszelkiego rodzaju schorzenia jamy brzusznej, jak guzy, zrosty, przepukliny, owrzodzenia jelitowe, zmiany chorobowe w wątrobie i t. p.

Przyczyny ogólne są to przedewszystkiem uszkodzenia narządu krążenia, jak zapalenie osierdzia i mięśnia sercowego, wady serca, żylaki, zmiany w składzie krwi. Na powstawanie zawału wpływać również mogą choroby ogólne jak dur brzuszny, grypa, gościec, zimnica, kiła i rzeżączka. W przebiegu wszystkich wyżej wymienionych chorób spostrzegano powstawanie zawału krezki.

Odrębną grupę stanowią przypadki zawału po operacjach w jamie brzusznej, przeważnie u osób starszych.

Objawy kliniczne zawału krezki i jelita są tak niecharakterystyczne, że rozpoznanie schorzenia przed operacją jest rzadko kiedy możliwe. Początek może być nagły lub przewlekły. Stałym objawem są wymioty i bóle brzucha bez charakterystycznego umiejscowienia, przeważnie jednak w okolicy prawego podbrzusza. Badanie przedmiotowe wykazuje: ciężki stan ogólny chorego, tętno szybkie, stan podgorączkowy, powiększenie brzucha całego, często widoczne wzmożenie ruchów robaczkowych jelit i przeczulica skóry na brzuchu. Przy dokładnem obmacywaniu można stwierdzić, wzmożenie napięcia powłok brzusznych, czasami również udaje się wymacać zgrubiałą i naciekłą krezkę wraz ze zmienionym odpowiednim odcinkiem jelita. Opukiwanie tej okolicy daje charakterystyczny odgłos stłumiony bębenkowy. W sumie jednakże wszystkie te objawy mogą nasuwać podejrzenie tak zawału krezki, jak i niedrożności jelit, przepukliny uwięźniętej, zapalenia otrzewnej i t. p. Na 198 przypadków zawału krezki, stwierdzonego operacyjnie, tylko w 13% rozpoznanie zostało ustalone przed zabiegiem.

Patogeneza tego cierpienia nie jest ustalona. Zmiany w naczyniach oraz zaburzenia w układzie nerwowym naczynio - ruchowym zdają się być przyczyną najczęstszą. W 20 spostrzeganych przez autorów przypadkowo nastąpiło wyleczenie samoistne zawału po wywiadowczem otwarciu jamy brzusznej; siny i silnie przekrwiony odcinek jelita odzyskiwał swój wygląd prawidłowy już w czasie operacji. W tych to przypadkach za przyczynę zawału można uważać skurcz tętnic, który ustępował pod wpływem znieczulenia ogólnego.

Wreszcie, ostatnio przypisuje się powstanie zawału wzmożonej krzepliwości krwi na skutek zmieszania się krwi z układu żyły wrotnej z krwią, pochodzącej z układu żyły próżnej, przez połączenia poboczne. Połączenia te zaś stają się drożne w przypadkach, w których ma miejsce zaburzenie w drożności żyły próżnej dolnej.

**Obraz rentgenowski raka płuc, wychodzącego z pęcherzyków, płucnych. (Etude de l'image radiologique de la pneumonie cancereuse). E. Sande.**

*La Presse Méd. Nr. 103. grudzień 1935.*

Istnieją 2 teorje co do pochodzenia pierwotnego raka płuc. Jedna głosi, że powstaje on przez zwyrodnienie rakowe nabłonka dużych oskrzeli i stąd przerasta aż do pęcherzyków płucnych, druga zaś — że może on również powstawać bezpośrednio z nabłonka pęcherzyków płucnych, dając w początkowych okresach anatomo - patologicznie obraz tak zwanego zapalenia płuc rakowatego.

Spostrzeżenia rentgenologiczne autora, potwierdzone przez późniejsze badania histologiczne, dotyczą właśnie tego ostatniego rodzaju raka płuc. Sekcja chorej 60-letniej, u której stwierdzono klinicznie rozpadową gruźlicę płuc, wykazała w okolicach podobojczykowych obok zmian gruźliczych zmiany, które określono jako zapalenie płuc rakowate. Histologicznie przedstawiały się one następująco: widać było mniej lub więcej wyraźne pęcherzyki płucne, jedne wypełnione przez komórki zrakowaciałego nabłonka, drugie — o zachowanym gdzie niegdzie nabłonku typowym; tkanka zrębu była wyraźnie zgrubiała. Ten obraz anatomo - patologiczny — autor zestawił następnie z obrazem rentgenowskim tych płuc, wykonanym za życia. Okazało się przy drobiazgowem rozpatrywaniu kliszy, że zmianom rakowym w płucach odpowiadał na kliszy obraz drobnej siatki (fine maille de filet), przypominający obraz rentgenowski prosówki płuc.

Podobną siatkę na kliszy rentgenowskiej spotyka się wprawdzie i w przypadkach raka, wychodzącego z nabłonka dużych oskrzeli, wówczas jednakże istnieje prócz tego duży wyraźny cień pierwotnego guza, a siatkę widać na jego obwodzie.

Przypadki więc, gdzie znajdujemy na kliszy rentg. tylko cień w kształcie siatki, należą do początkowych okresów raka płuc, powstałego pierwotnie z nabłonka pęcherzyków płucnych.

*J. Czyżewska.*

## CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

**Operacja Bouilly w leczeniu wypadnięć narządów płciowych. (L'operation de Bouilly dans le traitement des prolapsus genitaux). Michel G. i R. Gouseaux.**

*„La Gynecologie" 1935, T. 34, Nr. VI, str. 375.*

Wybór metody operacyjnego leczenia wypadnięć macicy i pochwy uzależniają autorzy od wieku chorej.

1. U kobiet w okresie pełnej czynności płciowej stosują zeszycie przedniej i tylnej ściany pochwy, mięśni dźwigaczy oraz krocza wraz ze skróceniem więzadeł metodą Doloris, ponieważ zabieg ten nie utrudnia rozwoju późniejszej ciąży.

2. U kobiet starszych, które nie miewają już stosunków płciowych, najodpowiedniejsze jest całkowite zamknięcie pochwy.

3. U kobiet po okresie przekwitania, ale żyjących jeszcze życiem płciowem, metodą wyboru jest operacja Bouilly i w/g statystyki nadaje się ona do 2/5 wszystkich przypadków wypadnięć.

Przebieg operacji Bouilly składa się z 3 części: w pierwszym okresie zabiegu wycina się duży płat owalny z przedniej ściany pochwy oraz odseparowuje się zboku pęcherz.

Autorzy podkreślają konieczność podwiązania gałązek naczyniowych, biegnących do szyjki, aby zapobiec niebezpiecznym krwotokom pooperacyjnym.

Druga część operacji polega na podzieleniu szyjki cięciami poprzecznemi na 2 wargi: przednią i tylną, z których następnie amputuje się 3 do 5 cm. Przy zeszywaniu brzegów szyjki z brzegami nacięć pochwy należy dokładnie adoptować śluzówkę pochwy do śluzówki szyjki, ponieważ chroni to od bliznowatego zwężenia nowoutworzonego ujścia.

Trzecie tempo zabiegu polega na zeszyciu tylnej ściany pochwy i krocza celem podniesienia i odbudowania krocza oraz zwężenia pochwy i wzmocnienia jej ścian.

Autorzy zeszywają zawsze przytem mięśnie dźwigacza odbytu i, po nałożeniu szwu skórnego wycinają nadmiar tylnej ściany pochwy.

Początkowo przed operacją Bouilly autorzy stosowali wyskrobanie jamy macicy, ale okazało się to niepotrzebne, ponieważ w wypadnięciach macicy dominującą rolę odgrywa zapalenie śluzówki szyjki, nie trzonu i już po samem usunięciu szyjki upławy ustają.

Ponadto Bouilly zaobserwował, że po operacji trzon macicy ulega częściowemu zanikowi, co wpływa na ustąpienie objawów zapalnych śluzówki trzonu. Odchody, zjawiające się po skrobance, grożą niebezpieczeństwem zakażenia szwów.

Jeśli u kobiety młodej prócz wypadnięcia istnieje silne tyłopochylenie macicy, większość autorów zaleca prócz operacji Bouilly przymocowanie macicy do powłok brzusznych.

Z obserwacyj 105 przypadków wynika, że operacja Bouilly jest zabiegiem lekkim, Jedyne niebezpieczeństwo stanowią krwotoki pierwotne, wskutek niedokładnego podwiązania naczyń szyjkowych, lub wtórne — zakaźne.

Tym ostatnim można zapobiec przez wyleczenie przed operacją nadżerek i owrzodzeń oraz przez dezynfekcję pochwy drogą kilkunastodniowych przestrzykiwań.

Z 27 operowanych, które były w obserwacji 1 — 11 lat w 24 przypadkach stan anatomiczny był zupełnie dobry, w 2 przypadkach nastąpił nieznaczny nawrót bez zaburzeń czynnościowych, w 1 przypadku wynik był ujemny, gdyż wytworzyła się przetoka pochwowo-kiszkowa wskutek zropienia krwiaka krocza.

Pod względem czynnościowym na pierwszy plan wysuwa się szybkie ustępowanie po operacji zaburzeń w oddawaniu moczu oraz znikanie upławów. Bóle w dole brzucha i w lędźwiach zmniejszają się znacznie, ale bardzo rzadko ustępują zupełnie. W 2 przypadkach utrudnione były stosunki płciowe wskutek nadmiernego zwężenia pochwy. U 3 operowanych spostrzeżono przyśpieszenie przekwitania i odwrotnie — tam, gdzie miesiączki opóźniły się, nastąpiło uregulowanie.

U kobiet operowanych zanotowano 4 ciąże, ale wszystkie skończyły się samoistnem poronieniem w 6—12 tygodniach, co dowodzi, że zabieg Bouilly uniemożliwia donoszenie ciąży, nadaje się więc tylko dla kobiet po ukończeniu czynności rozrodczej.

Z powyższego zestawienia wynika, że ujemne skutki tego zabiegu należą do wyjątków, regułą zaś są rezultaty bardzo dobre, co przemawia w/g autorów niniejszej pracy za szerokiem stosowaniem operacji Bouilly w leczeniu wypadnięć narządów płciowych.

**Śmiertelność płodów w przypadkach łożyska przodującego. (La mortalité foetale dans le placenta praevia). Macias de Torres.**

*Rev. fr. Gyn. 1935 r. T. 30, Nr. 8.*

Wysoką śmiertelność dzieci tłomaczy się bądź przez niedonoszenie płodów (co w przypadkach łożyska przodującego zdarza się dość często), bądź przez częściowe odklejenie się łożyska, w czasie rozwierania się ujścia zewnętrznego, bądź wreszcie przez konieczność wykonywania częstych zabiegów w tym powikłaniu położniczem.

Wszystkie przytoczone względy nie tłomaczą jednak przypadków śmierci dzieci wśród samoistnego porodu po przerwaniu błon płodowych, jako jedynym zabiegu operacyjnym, tembardziej, że w przypadkach tych krwawienie zazwyczaj ustaje pod wpływem ucisku główki na łożysko.

Otóż ta właśnie konieczność ucisku łożyska w momencie przechodzenia główki przez miednicę małą jest punktem wyjścia rozumowania autora, który zwraca uwagę na możliwość jeszcze jednej przyczyny śmierci płodu w łonie matki w przypadkach łożyska przodującego.

Jest nią konieczność uciśnięcia pępowiny, która wszak jest przyczepiona do łożyska, koło którego przechodzi główka. Jest to szczególnie groźne w przypadkach, gdzie łożysko umiejscowione jest na tylnej ścianie macicy, a więc w sąsiedztwie z szerokiemi powierzchniami kostnemi kości krzyżowej i kręgosłupa. Natomiast niebezpieczeństwo jest mniejsze, jeśli łożysko leży na przedniej ścianie macicy, gdzie za niem leży tylko stosunkowo wąskie spojenie łonowe.

Uciskiem na pępowinę (jak w przypadkach wypadnięciu pępowiny obok główki) tłomaczy sobie autor znacznie większą śmiertelność płodów przy porodzie per vias naturales, w przypadkach łożyska przodującego, niż przy cięciu cesarskiem nawet w tak samo ciężkich przypadkach.

Okoliczność powyższa, jest zdaniem autora, jednym argumentem więcej na korzyść cięcia cesarskiego w leczeniu omawianego powikłania położniczego, tembardziej, że zakładanie balonów do macicy grozi tem samem co i schodząca główka.

**Przypadki zejścia śmiertelnego na skutek leczenia radem raka macicy. (Les accidents mortels de la curiethérapie des cancers utérins). Jeanneney G. i Authié.**

*Revue Franc. Gynec. r. 1935 T. 30, Nr. 8.*

Jedną z zalet leczenia radem raka macicy jest bezpieczeństwo tej metody, szczególnie dodatnio się odbijające od znacznej śmiertelności po operacyjnem leczeniu, zwłaszcza po operacji Wertheima. W miarę jednak powiększania się liczby obserwacji przypadków raka macicy leczonego radem, oraz w miarę podnoszenia dawek zauważyć się daje coraz częściej pewien odsetek śmiertelnych zejść w wyniku omawianego postępowania leczniczego. Odsetek ten nie jest tak wysoki, jak po

operacyjnem rozszerzonem wycięciu macicy, wynosi około 3%.

Autorzy podają swoje 2 przypadki śmiertelne na ogólną liczbę 130 przyp. leczonych, co stanowi około 1.5%.

W obydwu przypadkach śmierć nastąpiła nagle u kobiet 58 i 60-letniej bez objawów typowych dla embolji.

W poszukiwaniu patogenezy omawianych przypadków autorzy przedstawiają z piśmiennictwa szereg teoryj objawiających zejście śmiertelne wśród leczenia radem raka macicy, nie wypowiadając zresztą wyraźnie, którą z nich pragnęliby zastosować w objaśnieniu swoich przypadków.

*Teorja zakażenia.* Wiadomo, że raki stanowią znakomitą pożywkę dla drobnoustrojów, specjalne zaś warunki, jakie stwarza leczenie radem (tamponowanie, zamykanie szyjki i t. d.) ułatwia objawy ogólne zakaźne. Postępując ku górze zakażenie dojść może aż do jamy otrzewnowej, dając jej zapalenie w obrębie miednicy małej, a wreszcie nastąpić może przebicie zwyrodniałej rakowo tkanki z następstwem ropnem zapaleniem otrzewnej, względnie przymacicza. Toksyny powstałe z takich stanów zakaźnych atakują nietylko układ krążenia, ale i nadnercze, co odbić się może bardzo niekorzystnie na wydolności krążenia.

*Teorja sercowo - naczyniowa.* Zauważono oddawna, że nawet wobec braku objawów zakaźnych występują w narządzie krążenia zmiany odbijające się na tętnie (drobnem), na zmniejszonem parciu tętna (różnicy maksymum i minimum), na sercu (tony głuche, niekiedy rozdwojenie II tonu). Objawy te tłomaczą autorzy, jako shok białkowy, wynikający z rozpadu białka tak zdrowych, jak nowotworowych tkanek, jak również wynikłego z rozpadu czerwonych komórek i płytek krwi pod wpływem promieni radu.

*Teorja wchłaniania i shoku* nie wiele się różni od poprzedniej, podnosi ona przedewszystkiem wzmożenie się we krwi krążącej ilości globulin z jednoczesnem wzmożeniem się ilości lipoidów i cukru we krwi.

Zmiany powyższe mogą mieć miejsce przedewszystkiem w przypadkach dużych i szybko rozpadających się guzów, natomiast są one mało prawdopodobne przy niewielkich objętościowo nowotworach.

*Teorja mocznicowa.* Istnieje możliwość ucisku moczowodów wobec zajęcia przez nowotwór więzadła szerokiego, ucisk ten może prowadzić do zastoju moczu, a co zatem idzie do zatrzymania mocznika we krwi. Podobne stany mogą zresztą mieć miejsce bez podstawy anatomicznej, jako skutek jedynie niewydolności nerek i wątroby.

*Teorja śmierci z zatoru* podnosi możliwość oderwania się zakażonego zatoru z okolicy żyły podbrzusznej, który to zatór będący skutkiem zapalenia zakrzepowego żył dostać się może do mózgu lub żyły płucnej i spowodować nagłe zejście śmiertelne.

*Teorja śmierci z nadczynności układu nerwowego błędnego i zaburzeń w gruczołach dokrewnych.* Zauważono, że prawie wyłącznie po naświetleniu promieniami Roentgena narządów jamy brzusznej występują objawy ogólne, jak to mdłości, wymioty, zawroty głowy, bladość, ciepłota niższa od prawidłowej, sinica i oziębienie kończyn i t. d. Przypuszczają, że objawy te są skutkiem naświetlania samych zwojów, względnie zakończeń nerwowych układu błędnego. Podobna sytuacja zdarzyć się może przy stosowaniu radu.

Stan powyższy łączy się niekiedy z niedostatecznością i zaburzeniem czynności nadnerczy, uszkodzonych przez naświetlanie, lub pobudzonych przez układ nerwowy autonomiczny.

*Teorja nadczynności trzustki,* (hyperinsulinemji). Autorzy stwierdzili, że pod wpływem actinoterapji u chorych na cukrzycę znika cukier ze krwi, co może być skutkiem nadczynności trzustki bądź bezpośrednio podrażnionej, bądź pobudzonej przez nerw błędny. W wyniku powyższego przyjść może do t. zw. stanów hypoglikemicznych, w czasie których występują objawy zapaści.

Z przedstawionych powyżej teorji wyciągnąć można kilka wniosków praktycznych co do zapobiegania ciężkim powikłaniom w czasie leczenia radem.

A więc przedewszystkiem pilnie określać należy stopień zakażenia raka i starać się je zwalczać; w lżejszych postaciach wchodzą tu w grę irygacje płynami odkażającemi, w cięższych — autoszczepionki miejscowo lub w injekcjach. Autorzy są stronnikami usunięcia mas kalafiorowatych nożem diatermicznym raczej niż ostrą łyżeczką.

Jeśli pomimo zarządzeń zapobiegających zakażeniu, ciepłota podnosi się oraz występują objawy powikłań w sąsiedztwie należy przerwać leczenie radem.

Aby zapobiec powikłaniom sercowo - naczyniowym należy starać się podnieść ciśnienie u osób o niskiem ciśnieniu. Dobrze jest również wzmocnić mięsień sercowy podawaniem małych dawek sparteiny, strophantyny, digitalis i walerjany.

Osobom z zaburzeniami w czynności gruczołów dokrewnych dobrze jest podać przed i w czasie leczenia nieco adrenaliny, a specjalnie wobec nadmiernego napięcia nerwu błędnego przetwory belladonny.

Zapobieganie wstrząsom hypoglykemicznym jest stosunkowo łatwe zapomocą podawania pokarmów bogatych w węglowodany.

Reasumując, wydaje się pożyteczne, aby klinicysta stosujący leczenie radowe był uświadomiony co do powikłań, jakie mogą mieć miejsce w jego następstwie, a to aby umiał on im zapobiec i je leczyć.

**Hamujące działanie follikuliny na wystąpienie czynności mlekotwórczej i na wydzielanie mleka.** Snoeck J.

*Bruxelles — Médical T. VI, Nr. 5, 1935 r., grudzień.*

Podstawą do klinicznych doświadczeń autora stanowiły liczne spostrzeżenia z fizjologji zwierząt stwierdzające, że gruczoły piersiowe rozwijają się pod wpływem follikuliny, ale działać zaczynają dopiero po jej zniknięciu z organizmu. Wiadomo z drugiej strony, że przedni płat przysadki zawiera t. zw. „prolactin", ciało pobudzające wydzielanie mleka. Ponieważ jednak prolactin wydziela się w czasie całej ciąży, ale nie działa na czynność mlekotwórczą, istnieć musi jakiś czynnik paraliżujący jego działanie. Czynnikiem tym nie jest ciałko żółte, wbrew dawniejszym teorjom, gdyż jak się zdaje nie odgrywa ono wogóle większej roli w czynności mlekotwórczej i przygotowawczej gruczołów mlecznych.

Natomiast prawdopodobnie ma tu znaczenie follikulina paraliżująca działanie „prolactonu".

Dla sprawdzenia tej tezy, autor wstrzykiwał położnicom, które ze względów lekarskich nie mogły karmić (gruźlica płuc etc.) około 100.000 j. międzynarodowych będzwiniana-dwuhydrofollikuliny (oestrodiol'u) w ciągu 3 dni.

W 19 przyp., w których wstrzykiwanie rozpoczęto we III dn. połogu, czyli mniej więcej w dobę przed wystąpieniem najsilniejszej fali mleka — wynik był bardzo dobry, gdyż zaledwie w 1 trzeba było zastosować okłady na piersi, aby opanować wydzielanie mleka.

Natomiast w 6 przyp. stosowania follikuliny już w okresie pełnej czynności mlekotwórczej naogół spotkało autora niepowodzenie, gdyż w 3 przyp. wydzielanie mleka nie zmniejszyło się. Może dawka nie była tu dostatecznie szczęśliwie dobrana. W każdym razie jednak poprzednie serje doświadczeń potwierdziły tezę o hamującym działaniu follikuliny na wydzielanie mleka.

*T. Zawodziński.*

## *CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.*

**Głuchota zawodowa. (La surdité professionelle). R. Caussé.**

*Les annales d'otolaryngologie 1935, Nr. 7.*

Pewne trudności sprawia rozgraniczenie: 1) nieszczęśliwego przypadku od 2) choroby zawodowej we wszystkich ustawodawstwach, chociaż jasnem jest, że przypadek pochodzi z nagłego i nieprzewidzianego krótkotrwałego zdarzenia, pochodzącego od czynników zewnętrznych związanych z pracą zawodową, zaś choroba zawodowa jest następstwem dających się przewidzieć, stale przez dłuższy czas powtarzających się czynników (mechanicznych, fizycznych, chemicznych i innych), wypływających z istoty samej pospolitej pracy zawodowej. Jednakże w 1) związek przyczynowy z pracą zawodową jest jasny, w 2) ustalenie tego związku jest w ścisłej zależności od rozwoju patologji, jako rozległej i coraz bardziej pogłębiającej się wiedzy lekarskiej, a lista chorób zawodowych pozatem stale zmienia i zwiększa się z rozwojem przemysłu. Dlatego i ustawodawstwo od 2) musi ulegać ciągłej ewolucji. Może tu zaistnieć fakt, że nauka już ustaliła związek między pracą, a chorobą, podczas gdy związek ten nie jest jeszcze przez ustawę uwzględniony. Autor stwierdza, że zachodzi to właśnie co do głuchoty zawodowej odnośnie do ustawodawstwa francuskiego, natomiast objęły ją ustawę Bułgarja, Meksyk, Niemcy, Czechosłowację, Sowiety. Autor omawia anatomję patologiczną, patologję doświadczalną i klinikę głuchoty zawodowej. W zawodach, powodujących głuchotę zawodową, względnie zawodowe przytępienie słuchu rozróżnia autor zawody hałaśliwe (les industries bruyantes) i zawody połączone z hałasem względnie łoskotem i z wstrzęśnieniami mechanicznemi (bruit et ébranlement). Powodują one według *Temkina* odmienne formy przytępienia słuchu. Pierwsze dają obniżenie słuchu dla tonów wysokich, dolną granicę prawidłową, przewodnictwo kostne prawidłowe, drugie odznaczają się skróceniem przewodnictwa powietrznego dla tonów niskich, skróceniem przewodnictwa kostnego.

Wprawdzie ujemny wpływ wstrząśnień na słuch sprawą sporną (*Siebenmann* nie uznaje go), lecz zarówno sami pracownicy jak i autor widzą we wstrząśnieniu czynnik na dłuższą metę szkodliwy. Dotyczy to np. wszelkich maszyn w ruchu (lokomotyw etc.), kotłów. Wstrząśnienia można poddawać analizie przy pomocy oscylografów. Okazuje się tutaj, że wstrząśnienia przedstawiają mięszaninę drgań mechanicznych rytmicznych. Charakterystyka poszczególnych wstrząśnień leży w fakcie, które częstości drgań w tej mięszaninie wybitnie przeważają. Nasuwa się tu analogja ze szmerami względnie hałasami. Te ostatnie były w Europie i Ameryce poddawane analizie. Niestety bez uzgodnienia i przy zasadniczej rozbieżności zasad badania. W Ameryce stosowaną jednostką jest „Décibel", w krajach niemieckich „fon" i „Wien". Np. *K. Beck* znajduje, że lokomotywa ma 6 — 9 fonów, przędzalnia 10 — 11 fonów, fabryka gwoździ 12 — 13 fonów, kotłownia 14 fonów. W przeważnej ilości aparatów porównuje się zapomocą dwóch odbiorników hałas badanego zakładu i hałas o znanem, regulowanem natężeniu, podtrzymywany przez źródło energji elektrycznej. (aparat Barkhausena). W aparacie Nawiaszkijego fale dźwiękowe ulegają przemianie w fale elektryczne, a te są badane metodą filtrów. Przyrządy tego typu pozwalają nietylko na mierzenie nasilenia hałasu, lecz także na analizę jego składników dźwiękowych.

**Próba Queckenstedt-Stookey w otologji. (L'épreuve de Queckenstedt-Stookey en otologie). Aubry-Sigwald.**

*Jw. Nr. 8.*

Wartość rozpoznawcza próby Queckenstedta w zakrzepach zatoki esowatej jest zależną w dużej mierze od ścisłości stosowania metody. Obowiązują tu następujące przepisy: 1) Pozycja leżąca badanego; 2) Manometr Straussa połączony drenikiem z igłą punkcyjną; 3) Po nakłuciu lędźwiowem i złączeniu igły z manometrem następuje krótkotrwały ucisk na żyłę jarzmową (poniżej kąta żuchwy) po stronie prawej, potem po lewej: przy ucisku po stronie zdrowej występuje krótkotrwałe wzniesienie manometryczne, zaś po stronie z zakrzepem wzniesienia brak. 4) Następuje ucisk silny na żyłę trwający 15 sekund: najprzód po prawej, potem po lewej. Odczytuje się od pierwszej chwili ciśnienie manometryczne płynu mózgordzeniowego co 5 sekund, także i po przerwaniu ucisku, aż do zupełnego zniknięcia wahań manometrycznych. Wnioski co do obecności zakrzepu np. po stronie prawej wynikają a) z mniejszego lub brakującego podniesienia się ciśnienia manometrycznego podczas ucisku; b) z powolniejszego powrotu ciśnienia do normy po stronie dotkniętej zakrzepem.

Autor wykazuje słuszność tej metody na jednym opisanym przypadku.

Bardzo plastycznie występują wnioski, gdy wykreśla się (odnośnie do 4) krzywą, notując na osi pionowej — ciśnienie manometryczne, na poziomej — czas w sekundach.

**Rozważania nad leczeniem radem w przypadkach raka gardła dolnego. (Considérations sur la radium thérapie des epithéliomas de l'hypopharynx). G a u l t.**

*Jw.*

Po rakach przełyku stoją raki wstępnych dróg oddechowych i pokarmowych gardła dolnego na drugiem miejscu co do zawodności leczniczej. Wyniki leczenia operacyjnego (pharyngotomia subhyoidea lub lateralis) są nader skromne, a leczenie energją promienistą jest niemal jedyną pozostającą ewentualnością. I tu jednak przeważnie tylko poprawa da się uzyskać.

W przypadkach raka gardła dolnego ma *Coutard* po 3 latach 15% pozostałych przy życiu, *Zappinger*, dla raka zatoki gruszkowatej na 120 zebranych w piśmiennictwie przypadków nie stwierdza ani jednego wyleczenia, do podobnych wniosków dochodzi *Ducuig*. Mimoto autor nie jest za pozostawieniem tych chorych swemu losowi, a to ze względu na osiągnięcie mniej lub więcej długotrwałej poprawy, jakoteż ze względu na widoki dalszego poprawienia wyników drogą stopniowego udoskonalenia techniki leczenia. Autor na 15 przypadków leczonych, mimo późnego rozpoznania z winy późnego zgłoszenia się pacjentów i mimo zaniedbań pacjentów w dalszym toku leczenia, stwierdził 11 przypadków zejścia śmiertelnego po okresie mniej lub więcej długotrwałej poprawy, jeden zmarł po 6 latach bez nawrotu miejscowego na skutek przerzutu w śródpiersiu. Jeden jest przy życiu po 3 latach. Dwóch jest w leczeniu. Autor dochodzi do następujących wniosków. Rad należy stosować przez zakładanie tub radowych umieszczonych w kateterach cewkowych przy pomocy metody zawieszenia (Schwebelaryngoskopie Ref.). Metoda jest dobrze znoszona. Wkłucia igieł radowych są zbyteczne. Metodę tę należy stosować w kombinacji z rentgenoterapią, która sama nie jest wystarczająca.

*A. Schwarzbart.*

## *CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.*

**Przyczynek do badań nad próbami skórnemi. Uczulenie skóry świnek morskich na novarsenobenzol. (Contribution á l'etude des tests cutanés. L'hypersensibilité cutaneé du cobaye au novarsénobenzol). S é z a r y, C h w a t t, L é v y.**

*Annales de Dermat et de Syphyligr. 1935 er. 11.*

Praca jest powtórzeniem doświadczeń innych autorów a uzupełniono ją badaniami histologicznemi.

Świnkom morskim wstrzykiwano doskórnie rozczyn novarsenobenzolu. Przy pierwszej próbie okazało się, że około 22% badanych zwierząt posiada wrodzoną idjosynkrację na stosowany roztwór i reaguje 7-go dnia wytworzeniem naciekowej grudki w miejscu wstrzyknięcia doskórnego. Przy drugiej takiej samej próbie, wykonanej w innem miejscu u tych samych zwierząt, występuje a) podobny odczyn w miejscu próby, lecz odczyn wylęgania tych odczynów jest krótszy, b) odnowa odczynu w miejscu pierwszej próby. Po dosercowem wstrzyknięciu świnkom rozczynu novarsenobenzolu w dawkach dobrze znoszonych występuje tylko u zwierząt wrażliwych osutka rumieniowa ograniczona w otoczeniu uprzednio wykonanych prób skórnych. Badanie histologiczne grudki u zwierząt wrażliwych wykazuje obecność drobnokomórkowego nacieku, pochodzącego z układu siateczkowo śródbłonkowego. Naskórek nie bierze żadnego udziału w tym procesie nadwrażliwości. Jak wynika z powyższych badań, nie można w żadnym razie łączyć idjosynkrazji wrodzonej z występującą ewentualnie posalwarsanową erytrodermią, schorzeniem skórno-naskórkowem.

**Przyczynek do badań nad zespołem skórno-stawowym. (Contribution a l'étude des syndromes cutanés — articulaires). J. B e j a r a n o, J. G. O r b a n e j a.**

*Annales de Dermat. et. de Syphil. 1935 Nr. 11.*

Z licznych przypadków zmian skórnych z równoczesnemi zmianami stawowemi, które widzi się u t. zw. „inwalidów szpitalnych" 2 typy są wyodrębnione i powszechnie znane: I. Łuszczycy ze zmianami stawowemi i II rzeżączki z zajęciem stawów i z wykwitami na skórze.

Te dwa schorzenia tak, zdawałoby się, odrębne, pod względem klinicznym często są bardzo podobne i nieraz zdarza się, że stawia się w takim przypadku naprzemian to jedno to drugie rozpoznanie, gdy nie można zdecydować, z czem właściwie ma się do czynienia. Spostrzeganie następującego przypadku było tematem rozważań natury ogólnej: Osobnik lat 31, pochodzący z rodziny obarczonej skłonnością do gruźlicy i reumatyzmu cierpiał od 14-go roku życia na bóle w biodrze, utrzymujące się aż do chwili zgłoszenia się do szpitala. W 18 r. życia miał owrzodzenie na genitaljach z ostrym stanem zapalnym gruczołów pachwinowych, w 2 lata później nieżyt cewki moczowej z równoczesnem zajęciem stawów. Przez okres 10-ciu lat leczony był różnemi sposobami bez widocznej poprawy, co więcej stan jego stale pogarszał się, wykazując niekiedy samoistne remisje, niezależnie od leczenia.

Schorzenie doprowadziło do znacznego wychudzenia i wyniszczenia organizmu, do zniekształcenia wszystkich stawów. Na skórze powstawały pęcherzyki, szybko zamieniające się w krosty i strupy o podstawie nieznacznie nacieczonej. Wykwity te tworzyły skupienia różnej wielkości. Paznogcie były przerosłe, grube. W kościach, stawach i mięśniach zmiany zanikowe. Odczyn surowicy krwi z antygenem gonokokowym dodatni. Badanie wydzieliny z cewki moczowej dało wynik wątpliwy. W czasie kilkomiesięcznego pobytu chorego w szpitalu spostrzegano powstawanie świeżych wykwitów na skórze o typie łuszczycowych.

*Łuszczyca:* w przypadkach, przebiegających z zajęciem stawów, zmiany na skórze są zawsze nietypowe tak co do wyglądu morfologicznego, jak i co do umiejscowienia. Towarzyszą im zawsze zmiany paznogci. Zmiany stawowe bywają różnego nasilenia i nie mają cech swoistych.

*Bauer* wyodrębnia w łuszczycy 3 typy zmian stawowych: I. najczęstszy, polyarhritis chronica II. rzadszy, arthrosis deformans (postać degeneracyjna i III. najrzadszy, hydarthrosis intermittens. Rentgenogramy wykazują zwykle zaniki tkanki kostnej w postaci przerzedzeń substancji gąbczastej, zaniki odsiebnych części kostnych kończyn, exostozy.

W i e w i ó r: *Du Bois* dzieli zmiany skórne na trzy okresy: pęcherzykowy, krostkowy i okres strupów. Paznogcie również mogą być zmienione. Początek schorzenia zwykle jest gwałtowny, w krótkim czasie dochodzi do zaników kostnych w obrębie części stawowych. Ani występujące tu zaniki, ani zniszczenie chrząstek, ani exostozy nie są dostatecznym dowodem wiewiórowej etjologji schorzenia. Także może braknąć typowych dla rzeżączki bólów i ciepłoty, gdyż i tu mogą istnieć postaci podostre. Postaci przewlekłe są najczęściej skutkom niewygaśnięcia pierwotnego ogniska zakażenia a opisano je w literaturze ostatnich czasów, jako gonorrhoea tarda ze zmianami skórnemi typu wysiękowej keratodermji z paraketozą.

W rozpoznaniu różniczkowym wchodzą też w grę zmiany reumatyczne. Jeżeli dodamy, że obrazy drobnowidowe zmian skórnych nie przedstawiają żadnych cech swoistych, to łatwo zdamy sobie sprawę z ogromu trudności rozpoznawczych w takich przypadkach, co właśnie miało miejsce w przypadku opisanym.

**Przyczynek do badań nad barwikiem w ogniskach wyłysienia plackowatego. (Contribution a l'étude de la pigmentation des plaques peladiques). F r. W o r i n g e r i R. T h é e.**

*Annales de Derm et de Syphiligr. Nr. 11 1935.*

*Sabouraud* przypisuje zaburzeniom barwikowym w wyłysieniu główną rolę, twierdząc, że proces zaczyna się w otoczeniu brodawek włosa, że klinicznie już daje się zauważyć znaczna białość ognisk wyłysiałych — a dowodem tych zapatrywań jest siwienie włosów, które mają wypaść.

Autorzy zbadali 13 przypadków wyłysienia i stwierdzili z wyjątkiem opuszek włosa wszędzie prawidłową czynność komórek barwikotwórczych, barwikonośnych i wszędzie obecność barwika. Zaburzenia w produkcji barwnika stwierdzono tylko w opuszkach włosów. Czynność układu barwikowego w naskórku była wszędzie prawidłowa. W zakończeniu pracy podają autorzy wyniki ciekawych badań nad związkiem pomiędzy tarczycą a wyłysieniem, dokonywanych na zwierzętach. Przez podawanie dużych ilości tarczycy zdołano wywołać u kur odbarwienie upierzenia a następnie utratę upierzenia, rozsianą lub ogniskową, całkowitą lub częściową.

**Niezwykły przypadek zapalenia wargi. (Sur un cas extraordinaire de cheilite leucoplasiforme). F. O l l e r C o r o m i n a s.**

*Annales de Dermat et de Syphil. 1935, Nr. 12.*

U nałogowca palacza 65-cioletniego istniały na śluzówce i czerwieni wargi dolnej przewlekłe nieregularne nadżerki i owrzodzenia. Na rozległej powierzchni, daleko poza obrębem ubytków, bo aż na śluzówce policzków, żółtawo - biały nalot, przykrywał śluzówkę. Nalot ten dawał się dosyć łatwo zeskrobać. W zeskrobinach znaleziono nitki banalnej grzybni, często w jamie ustnej znajdowane.

Z szeregu prac, dotyczących podobnych schorzeń, można wyodrębnić 3 typy.

1. C h e i l i t i s e x f o l i a t i v a, polegająca na bezwysiękowym zapaleniu śluzówki, która jest sucha, obrzękła, łuszczy się. Schorzenie to spotyka się najczęściej w 40 r. życia, często stanowi ono wstęp do nabłoniaka.

2. C h e i l i t i s g l a n d u l a r i s a) s i m p l e x i b) a p o s t h e m a t o s a. Stan zapalny polega na zajęciu dodatkowych gruczołów ślinowych (glandulae salivares heterotopicae, których obecność stwierdzona histologicznie w spostrzeganym przypadku). W odmianie b) schorzenie przebiega z obfitem ropieniem, w odmianie pierwszej stan zapalny obejmuje coraz to dalsze gruczoły, w których otoczeniu gromadzą się białe naloty, naśladujące leukoplazje. Za uciskiem dają się wycisnąć z tak schorzałej wargi zaledwie widoczne kropelki śliny, wydobywające się z pępkowatych wciągnięć, odpowiadających ujściom gruczołów. Naloty nigdy nie są ani tak białe, ani tak silnie przylegające, jak leukoplazje. Schorzenie usposabia do nabłoniaka.

Przypadek opisany należy rozpoznać jako cheilitis glandularis simplex ze znacznie odbiegającemi, od zwykle spotykanych, leukoplazjami. Wynik leczniczy po zastosowaniu zabiegu chirurgicznego (abrasio) był bardzo dobry.

*Jastrzębska.*

## *B I B L J O G R A F J A.*

Ukazał się pierwszy zeszyt nowego pisma lekarskiego — **„Gazeta Lekarska Śląska Polskiego"** wydawanego w Cieszynie pod redakcją *Dra W. Bincera,* mającego bliżej zespolić i zjednoczyć rzesze lekarskie na Śląsku i uwzględnić odmienne warunki pracy i wskutek tego nieco też odmienne zainteresowania (choroby zawodowe, wypadki przy pracy, orzecznictwo). Treść pierwszego zeszytu, jako poświęconego historji i rozwojowi szpitala w Cieszynie, jest bardzo urozmaicona i zawiera bardzo wartościowe prace: ale nie czyni zadość wyżej wspomnianym wytycznym, co zresztą sama redakcja podkreśla. Należy życzyć tej nowej placówce Polskiej nauki na Śląsku wspaniałego i szybkiego rozwoju: a nie wątpimy, że i Koledzy z innych dzielnic znajdą w tem nowem piśmie dużo rzeczy ciekawych i cennych.

**Higjena Psychiczna.** Pod redakcją Dra *Oskara Bielawskiego* w Kościanie zaczęło się ukazywać nowe czasopismo lekarskie, poświęcone tak ważnej i dotychczas mało

uwzględnianej dziedzinie, jaką jest higjena psychiczna. W pierwszych zeszytach znajdujemy obszerne prace *Dra Bigeleisena* o higjenie psychicznej na uniwersytetach i wyższych uczelniach, *Nelkena* o higjenie psychicznej w Rosji, świetny artykuł *Łuniewskiego* p. t. „Zakres i kierunek prac dokonanych pod hasłem higjeny psychicznej w różnych krajach", krótko a przejrzyście obrazujący koleje i stopniowe krystalizowanie się idei higjeny psychicznej oraz stan jej obecny, dalej ciekawą i aktualną pracę *Żółtowskiego* o obezpłodnieniu ustawowem w różnych krajach, pracę *Bilikiewicza* o płciowem uświadomieniu dziecka i wiele innych, wraz z bogatem zestawieniem referatów, ocen i t. p. Na szczególne wyróżnienie zasługuje szata graficzna, stojąca na wysokości u nas rzadko spotykanej.

**Dr. M. Zachert. Podstawy zwalczania jaglicy i środki zwalczania jaglicy. Warszawa 1935, 47 i 27 stron.**

Zasłużony na polu zwalczania jaglicy Autor w pierwszej książce daje zbiór rozporządzeń, okólników i zarządzeń, mających na celu zwalczanie jaglicy, a obrazujący wysiłek poczyniony u nas w tym kierunku. Nieodzowny dla osób czynnie zainteresowanych w walce z jaglicą ,stanowi zbiór ten również ciekawy materjał i z innych względów. Zebrał bowiem w nim Autor również i plakaty, ulotki, karty ewidencyjne i podobne materjały, które mogą okazać się pomocne przy montowaniu walki lub statystyki z każdą inną plagą społeczną i z tego względu posiadające wartość znacznie szerszą, niż by wypływało z samego tytułu.

W drugiej książce omawia Autor środki wprowadzone do walki z jaglicą jak przychodnie, kolumny lotne, kursy przeciwjaglicowe etc. oraz daje obraz obecnego stanu rzeczy w Polsce. Liczne mapy i dane cyfrowe niewątpliwie zainteresują każdego stykającego się z okulistyką, higjeną społeczną lub ze sprawą zapobiegania chorobom zakaźnym.

**Georges Guillain. Etudes Neurologiques Sixieme serie. Massan et Cie 1935, 431 strony. Cena 80 fr. fr.**

W szóstym z kolei tomie kontynuuje Autor swe prace neurologiczne opierając się na szkole Salpetriére, to jest stawiając na plan pierwszy drobiazgowe badania anatomo - patologiczne, nie zapominając oczywiście i o sposobach badania biologicznego. Tom pokaźny zawiera prace i demonstracje ostatnich lat, zebrane i uporządkowane. Dział pierwszy poświęcony jest guzom mózgu, drugi, mózgowiu, trzeci opuszce i móżdżkowi, czwarty oponie miękkiej, piąty nerwom czaszkowym i rdzeniowym, szósty zanikom mięśniowym, wreszcie drobniejsze przyczynki zebrane są w dziale siódmym i ostatnim. Książka powyższa ani nie jest podręcznikiem, ani nie stawia sobie na celu zapoznania czytelnika z całokształtem neurologji, lecz dając często wzorowe, a zawsze interesujące, obrazy i dociekania dotyczące pewnych postaci jest cennym nabytkiem dla neurologa i neurochirurga. Zewnętrzna strona wydawnictwa pierwszorzędna, rysunki liczne i ładne.

**Questions cliniques d' actualité. Cinquième serie. Masson et Cie 1935. Stron 306. Cena 50 fr. fr.**

Zbiór wykładów kliniki prof. *Sergent'a*, wygłoszonych przez rozmaitych jego współpracowników i dotyczących najrozmaitszych tematów. Nie możemy wyliczać wszystkich, więc przytoczymy tylko niektóre. Znajdziemy tam więc i gruźlicę (jako chorobę społeczną, jako zapalenie opon oraz gruźlicę układu moczowego), Fizjopatologję śmiechu, Krzywicę, Myopatje, Dżumę, zabiegi na gruczołach przytarczycznych. Już ten wybór daje pojęcie o rozmaitości i rozpiętości tematów poruszonych, z praktyczniejszych wspomnieć należy o pyretoterapji chorób zakaźnych, zwyrodnieniu rakowatem wrzodu żołądka i bardzo ciekawy wykład pod tytułem: Jak, kiedy i gdzie należy wykonywać upust krwi.

Wykłady pisane żywo i interesująco, liczne ilustracje i może właśnie różnorodność tematów sprawiają, że czytanie tej książki stanowi wielką i istotną przyjemność.

# KRONIKA

## ROMANTYCZNE „KOLIBY“ GÓRSKIE — ŹRÓDŁEM CHORÓB ZAWODOWYCH.

Robotnicy leśni zatrudnieni w górach przy eksploatacji lasów, przebywający na terenach pracy, położonych zdala od stałych osiedli, zmuszeni są mieszkać w t. zw. „kolibach“. „Koliby“ są to, jak wiadomo zresztą każdemu kto po górach wędrował, szałasy zbudowane z drągów opartych o ziemię i połączonych w górze, pokrytych zazwyczaj korą drzewną. W szczycie tak ułożonego dachu znajduje się otwór, którym uchodzi dym, z palącego się w „kolibach“ ogniska. Przy ognisku robotnicy gotują w dzień jedyną swą potrawę — kaszę kukurydzaną t. zw. „mamałygę“, w nocy zaś ognisko służy do ogrzania śpiących robotników, leżących stopami w stronę ognia na podściółce z suchych liści, mchu i igliwia.

Wskutek przebywania w gryzącym dymie ogniska u robotników występują, jako choroby zawodowe, choroby oczu oraz zapalenia dróg oddechowych.

Wprowadzenie zamiast kolib, prowizorycznych chociażby baraków, zaopatrzonych w komin, napotyka jak dotychczas na sprzeciwy ze strony przedsiębiorców.

Zaznaczyć należy, że podobne koliby zamieszkują pasterze, wypasający bydło na pastwiskach górskich. Pasterze tak samo narażeni są na wspomniane wyżej choroby.

Okazuje się więc, że za osłoną romantyzmu, otaczającego „koliby“ górskie kryje się widmo poważnych chorób zawodowych.

## GROŹNA I NIEZNANA CHOROBA ZAWODOWA.

Interesujące światło na sprawę rozpowszechnienia gruźlicy wśród ludności robotniczej, rzucają statystyki angielskie. Według nich gruźlica szczególnie ostro atakuje te zawody, w których robotnicy narażeni są na działanie pyłu kwarcowego (piasku). Przeciętna umieralność ludności robotniczej w Anglji na gruźlicę wynosi 21 osób na 10.000 żyjących. Natomiast umieralność w zawodach narażonych na pył piaskowy przedstawia się jak następuje:

| | |
|---|---|
| zatrudnieni przy łupaniu kwarcytu | 223 |
| górnicy w kopalniach cyny | 173 |
| szlifierze metali | 152 |
| kamieniarze | 137 |
| górnicy w australijskich kopalniach złota | 127 |
| robotnicy przemysłu granitowego | 57 |

Widać z tego, jak duży wpływ na rozpowszechnienie gruźlicy wywiera praca w pyle kwarcowym. Podobne stosunki wykazują statystyki niemieckie.

Pył piaskowy, jak wykazują badania ostatnich lat, sam nie wywołuje gruźlicy, lecz chorobę zwaną krzemicą, która doniedawna była zupełnie nieznana. Dopiero na podłożu krzemicy rozwija się gruźlica. Ale i sama krzemica jest chorobą bardzo ciężką, gdyż może bez infekcji gruźliczej, sama przez się doprowadzić do śmierci.

Mechanizm powstawania krzemicy jest bardzo ciekawy. Płuca robotnika chorego na krzemicę są stwardniałe, impregnowane pyłem kwarcowym, który osadził się powoli na tkance płucnej i powodował patologiczny przerost niektórych jej elementów. Obok tego udało się ostatnio stwierdzić, że pył kwarcowy ulega częściowo rozpuszczaniu w płucach i dostaje się do krwi i odległych nieraz narządów, pod postacią kwasu krzemowego. Mamy tu więc do czynienia z działalnością szkodliwą kwarcu w sposób chemiczny. Jest to o tyle ciekawe, że w chemji laboratoryjnej rozpuszczenie kwarcu należy do najtrudniejszych reakcyj, podczas gdy organizm ludzki przeprowadza z łatwością w swem „laboratorjum“ ten trudny proces chemiczny.

W miarę doskonalenia metod rozpoznawczych, nieznana dawniej krzemica, staje się chorobą coraz bardziej rozpowszechnioną. Przeciwko niej mobilizuje się w państwach przemysłowych poważne środki. W Niemczech np. i w Anglji podlega ona odszkodowaniu, jako choroba zawodowa. Obok tego w zakładach przemysłowych, w których występuje niebezpieczeństwo pyłu piaskowego, prowadzi się energiczną akcję zapobiegawczą. Polega ona z jednej strony na zwalczaniu pyłu, z drugiej zaś na doborze robotników najbardziej odpornych na działanie pyłu kwarcowego i na okresowej kontroli stanu ich zdrowia. Stosuje się i inne środki ochronne, jak maski przeciwpylne przy pracy, aparaty dostarczające robotnikowi, pracującemu w atmosferze zapylonej, świeżego powietrza i t. p.

Jest rzeczą charakterystyczną, że krzemica w Polsce, według istniejącej statystyki zgłoszeń chorób zawodowych prawie nie istnieje. Nie dla tego jednak, iżby jej nie było, tylko że nie zostaje ona należycie rozpoznana. Jej ofiary znajdują się w innych rubrykach śmiertelności. Wskutek tego nie prowadzi się racjonalnej akcji zapobiegawczej w przemyśle i groźna choroba zawodowa szerzy się bezkarnie.

Cóż jednak począć, skoro tak mało w Polsce interesujemy się higjeną pracy?

## WYPADKI W ROLNICTWIE W GRUDNIU 1934 R.

Instytut Spraw Społecznych wykonał ostatnio zestawienie wypadków przy pracy, jakie zaszły w Polsce w grudniu roku ubiegłego, według wiadomości z wycinków prasowych. Zestawienie to wykazało, że największa liczba wypadków w tym okresie zaszła w rolnictwie.

Na ogólną bowiem liczbę 93 ciężkich wypadków, które zaszły w grudniu i spowodowały śmierć 45 osób, a ciężkie kalectwo 109 osób, w rolnictwie było — według informacji pism stołecznych i prowincjonalnych — wypadków ogółem 24, w tem zaś 16 zgonów i 25 ciężkich urazów przy pracy.

16 wypadków śmiertelnych w samem tylko rolnictwie w ciągu jednego miesiąca i to bynajmniej nie w porze najintensywniejszej pracy w gospodarstwie rolnem, to liczba olbrzymia, świadcząca o fatalnie zorganizowanej pracy w tym dziale.

Zaznaczyć niestety wypada, że liczba ta jest w istocie niewątpliwie jeszcze większa, gdyż z wszelką pewnością pisma nie podają wszystkich wypadków, jakie zachodzą na wsi.

Pozatem niezmiernie często — wskutek braku opieki lekarskiej na wsi — wypadek, początkowo nie grożący życiu robotnika, kończy się śmiercią.

W ostatnim numerze Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych dr. Giebocki - Barcin, podaje cały szereg podobnych wypadków, a m. in. opisuje fakt, jaki zaszedł w jednym z majątków. Robotnik w czasie pracy upadł na widły, które przebiły mu brzuch. Właściciel majątku nietylko, że nie wezwał lekarza, ale nie chciał nawet dać koni dla przewiezienia rannego. Robotnik udał się piechotą do lekarza, mieszkającego w odległości 7-u kilometrów, i tu w czasie zakładania opatrunku życie zakończył.

W wypadku tym i innych, temu podobnych, potrzebna jest nietylko interwencja władz administracyjnych i prokuratora. Konieczna jest zorganizowana akcja całego społeczeństwa w celu zmuszenia pracodawców, w rękach których leży życie i zdrowie zatrudnianych robotników, do energicznego zajęcia się właściwą organizacją bezpieczeństwa i higjeny pracy.

## JAK WPŁYWA ZWIĘKSZENIE STANU ZATRUCIA NA CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPADKÓW PRZY PRACY?

Fachowe pisma niemieckie przynoszą alarmujące wieści o znacznem zwiększeniu liczby wypadków przy pracy. Wprawdzie w ostatnich 2-ch latach nastąpił pewien wzrost ogólnej liczby zatrudnionych robotników, ale okazuje się, że liczba wypadków wzrosła znacznie więcej niż liczba zatrudnionych. O ile w r. 1932 na 1000 robotników przypadało 60 wypadków przy pracy, to w r. 1933 już 64, w 1934 dalszy wzrost częstotliwości wypadków.

Południowo-niemiecki związek przemysłu żelaznego wykazał w r. 1934 121 wypadków na 1000 zatrudnionych, wobec 96 w r. 1933. Północno-niemiecki przemysł metalowy 124 (w r. 1934) wobec 71 (w r. 1933). Przy robotach ziemnych częstotliwość wzrosła ze 109 w r. 1933 do 138 w r. 1934.

Opisane zjawisko tłumaczy się tem, że znaczna ilość bezrobotnych, których sprawność zawodowa zmniejszyła się w ciągu długiego okresu bezrobocia, znajduje często pracę w zupełnie obcym dla siebie zawodzie. Dotyczy to zwłaszcza robót publicznych, przy których zatrudniono na większą skalę bezrobotnych z innych zawodów i robotników niewykwalifikowanych.

Charakterystyczne jest, że pomimo olbrzymiej armji bezrobotnych w niemieckim przemyśle włókienniczym dał się zauważyć brak sil wykwalifikowanych, tak że przemysłowcy zatrudnili robotników z poza tych zawodów, np. służbę domową co oczywiście wpłynęło na wzrost liczby wypadków.

Jest niewątpliwe, że i u nas wzrost zatrudnienia, który daje się już zauważyć w niektórych gałęziach przemysłu po długim okresie kryzysu i bezrobocia pociąga za sobą wzrost częstotliwości wypadków.

Aby temu zapobiec, należy zawczasu przedsięwziąć środki zaradcze. Pracodawcy powinni corychlej włączyć sprawę zapewnienia pracownikom bezpieczeństwa przy pracy do swych najważniejszych zadań organizacyjnych.

## OSTROŻNIE Z SAMOCHODAMI W GARAŻACH! MOŻNA ZATRUĆ SIĘ ŚMIERTELNIE.

W garażach samochodowych notowano niejednokrotnie wypadki zatruć śmiertelnych nagromadzonemi w nich gazami spalinowemi. Najbardziej trującym ich składnikiem jest tlenek węgla. Wywołuje on już w stężeniu 0,2% wyraźne objawy zatrucia. Według badań, przeprowadzonych w garażach źle wentylowanych, w których puszczono silnik na wolny bieg, stężenie tlenku węgla może znacznie przekroczyć tę granicę, stwarzając groźne niebezpieczeństwo dla życia. Nagromadzenie tlenku węgla następuje szybko i nieoczekiwanie, tak że nawet krótkotrwałe puszczenie silnika w ruch w niedostatecznie wentylowanym garażu jest groźne dla życia. Sytuację zaostrza fakt, że już w początkowych okresach zatrucia tlenkiem węgla, przed utratą świadomości, następuje u zatrutego paraliż woli, uniemożliwiający ratunek. Jeśli nie nadejdzie pomoc z zewnątrz, wypadek kończy się śmiercią.

W związku z powyższem w laboratorjum naukowem Zakładów Auera w Niemczech skonstruowano aparat, który samoczynnie notuje stężenie tlenku węgla w powietrzu i ostrzega na czas przed zatruciem. Aparaty takie mogą być zainstalowane w garażach. Obok tego, jak donosi „Zeitschrift für Gewerbehygiene und Unfallverhütung", wprowadzone są w laboratorjach naukowych Auera badania nad zbudowaniem filtru, któryby unieszkodliwiał gazy spalinowe silników benzynowych. Filtr taki będzie mógł być zastosowany do każdego samochodu.

Zagadnienie unieszkodliwienia gazów spalinowych jest już zasadniczo rozwiązane, chodzi jeszcze o praktyczne zastosowanie teoretycznego rozwiązania. Wynalazek filtru rozwiąże nietylko sprawę zatruć tlenkiem węgla kierowców i mechaników w garażach, lecz także sprawę zanieczyszczenia powietrza ulic gazami spalinowemi.

Dopóki to nie nastąpi, pamiętajmy, o dwu rzeczach: nie wolno puszczać silników benzynowych w zamkniętych przestrzeniach oraz — należy dbać o dobrą wentylację garaży samochodowych.

## WALKA Z TRUCIZNAMI PRZEMYSŁOWEMI.

Według doniesień „Britisch Medical Journal" angielskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych powołało specjalną komisję uczonych do przestudjowania sprawy zatruć przemysłowych. Zadaniem komisji jest określenie szkodliwości niektórych związków chemicznych dla zdrowia pracujących.

Komisja zwróci szczególną uwagę na t. zw. rozpuszczalniki organiczne, bardzo rozpowszechnione w różnych gałęziach przemysłu. Należą do nich takie ciała, jak benzol, ksylol, toluol, benzyna, czterochlorek węgla, trójchlorek, aceton, alkohol amylowy i inne. Zastosowanie techniczne tych środków bywa różne. Benzynę np. używa się w fabrykach wyrobów gumowych do rozpuszczania kauczuku, w pralniach chemicznych do czyszczenia odzienia, w przemyśle metalurgicznym do usuwania tłuszczu z metali; czterochlorek węgla i trójchlorek etylu odznaczają się takiemi samemi właściwościami rozpuszczania jak i benzyna, są natomiast niepalne i dzięki czemu żywa się ich zamiast benzyny. Benzol i ksylol używane są przedewszystkiem w drukarstwie do rozpuszczania farby drukarskiej; toluol, aceton, alkohol amylowy służą do przyrządzania farb i lakierów, używanych w wielkich ilościach przy

malowaniu wagonów, samochodów, rowerów i innych przedmiotów metalowych.

Wszystkie wymienione substancje odznaczają się dużą lotnością, to też powietrze pomieszczeń do pracy łatwo ulega zanieczyszczeniu parami tych związków. Działanie ich na organizm ludzki jest szkodliwe. W dużem stężeniu w powietrzu mogą wywołać ostre zatrucie systemu nerwowego.

Objawia się ono oszołomieniem i podnieceniem, podobnem do alkoholowego, niekiedy dochodzi aż do zupełnej utraty przytomności. Znane są nawet wypadki śmierci. Niedawno np. zanotowano w jednej z pralni wiedeńskich, używających trójchloroetylu, wypadek masowego zatrucia robotników, z czego 6 osób zmarło. Przyczyną był brak wentylacji pomieszczeń do pracy, w których parował trójchloroetyl.

Długotrwałe przebywanie w atmosferze, zanieczyszczonej parami tych związków, wywołuje nadto trwałe zmiany we krwi. Na działanie to szczególnie są wrażliwe kobiety i młodociani.

Ochrona zdrowia robotników, narażonych na działanie trujące rozpuszczalników organicznych, jest bardzo trudna spowodu dużej lotności tych związków. Zastąpić je innemi ciałami, nietrującemi, nie można. Cała walka sprowadza się dotychczas do dobrej wentylacji pomieszczeń pracy i do unikania niepotrzebnego parowania tych związków. Niezawsze to wystarcza. Dlatego też lepsze opracowanie sposobów ochrony zdrowia pracujących jest — wobec rozpowszechnienia tych związków — sprawą bardzo pilną.

## HIGJENA PRACY W PRZEMYŚLE DRZEWNYM.

Międzynarodowy Związek Robotników Przemysłu Drzewnego ogłosił interesujące studjum p. t. „Choroby zawodowe w przemyśle drzewnym". W Polsce, posiadającej rozwinięty przemysł drzewny, publikacja ta zasługuje na szczególną uwagę.

Stopień narażenia zdrowia w przemyśle drzewnym jest stosunkowo wysoki. Spośród chorób zawodowych robotników przemysłu drzewnego na pierwszem miejscu występują zaziębienia i reumatyzm. Są one wywołane przez pracę pod gołem niebem w zimnie i wilgoci, bez należytego zabezpieczenia organizmu przed działaniem czynników klimatycznych. W przemyśle przetwórczym drzewa pomieszczenia do pracy również są zwykle nieopalane. Zaziębienia i schorzenia reumatyczne, mimo, iż większość z nich ma charakter przemijający, wskutek swego rozpowszechnienia i możliwości komplikacyj odgrywają poważną rolę.

Drugim czynnikiem szkodliwym jest pył drzewny, powstający przy mechanicznej obróbce drzewa. Pył ten wywołuje różnorodne schorzenia dróg oddechowych. Brak racjonalnych urządzeń do usuwania pyłu w tartakach i stolarniach, przyczynia się w dużym stopniu do rozpowszechnienia schorzeń spowodu pyłu.

W ostatnich czasach silnie rozwinął się przemysł impregnowania drewna środkami konserwującemi. Są to ciała o działaniu bądźto trującem, jak np. pochodne arsenu, rtęci, bądź też silnie żrące (chlorek cynku, kreozot i in.), które wywołują ciężkie, zawodowe choroby skóry.

Niezależnie od chorób wiele ofiar pochłaniają wypadki przy pracy w przemyśle drzewnym.

Dużo wypadków powstaje przy transporcie drzewa, ładowaniu i wyładowywaniu oraz przy obrabianiu drewna maszynami niezabezpieczonemi należycie.

Zarówno wypadki przy pracy, jak i choroby zawodowe w przemyśle drzewnym nie są koniecznym atrybutem pracy. Możnaby znacznie ograniczyć ich liczbę, gdyby praca była należycie zorganizowana pod względem higjeny i bezpieczeństwa.

## ZAWODOWE ZATRUCIE CHROMEM.

Pierwiastek, zwany chromem, znajduje coraz szersze zastosowanie w przemyśle. Używa go się przy wyrobie farb, papierów kolorowych, barwieniu szkła i porcelany, w fabrykach zapałek, środków wybuchowych, w garbarniach i t. p. Fakt ten zasługuje na uwagę ze względu na ochronę zdrowia robotników, narażonych na działanie chromu.

Chrom bowiem i jego związki należą do ciał trujących. Działa szkodliwie zarówno w postaci par, które się tworzą przy topieniu chromianów, jak i pyłu powstającego przy mieleniu, tłuczeniu i mieszaniu związków chromowych.

Chrom działa przedewszystkiem żrąco na skórę. Jeśli robotnik ma drobne choćby uszkodzenie naskórka, chrom przy zetknięciu się ze skórą powoduje tworzenie się trudno gojących się owrzodzeń. Może jednak działać także na skórę nieuszkodzoną, powodując różnorodne schorzenia skórne.

Chrom dostaje się także do dróg oddechowych. Do typowych zmian u robotników, narażonych na chrom, należy przedziurawienie przegrody nosowej wskutek uszkodzeń chromowych.

W ten sam sposób powstają schorzenia oskrzeli i spojówek oka, a wreszcie ogólne zatrucia chromem.

Fabryki, używające związków chromowych, powinny w odpowiedni sposób tę niebezpieczną pracę zorganizować. Przedewszystkiem należy unikać niepotrzebnego rozpylania chromu w postaci pyłu lub kropelek. Czynności takie, jak mielenie, mieszanie związków chromowych powinny być wykonywane w szczelnych naczyniach. Aparaty do topienia chromianów należy zaopatrzyć w silne wyciągi.

Robotnicy, stykający się z chromem, powinni nosić gumowe rękawice, okulary ochronne i ubranie robocze, nieprzepuszczające pyłu. Części odsłonięte skóry powinny być nasmarowane maścią ochronną. W celu uniknięcia owrzodzeń nosa, zakłada się doń watę nasyconą wyciągiem z myrry.

Każda fabryka, używająca chromianów, powinna posiadać umywalnie i natryski, ażeby robotnicy po pracy mogli się dokładnie umyć.

Nad załogą należy roztoczyć racjonalną opiekę zapobiegawczo-lekarską.

## O BEZPIECZEŃSTWO PRACY W ZAKŁADACH LASÓW PAŃSTWOWYCH.

Wielka liczba nieszczęśliwych wypadków w przemyśle drzewnym i duże straty materjalne, wywołane przez wypadki, skłoniły Dyrekcję Lasów Państwowych do zainicjowania w porozumie-

niu z Instytutem Spraw Społecznych planowej akcji bezpieczeństwa pracy.

Po powołaniu specjalnego referatu bezpieczeństwa przy Dyrekcji i zorganizowaniu specjalnej statystyki, wprowadzono we wszystkich państwowych tartakach, kolejkach leśnych i fabrykach dykt referentów bezpieczeństwa i współpracujące z nimi Koła Bezpieczeństwa.

Wśród celów organizacji bezpieczeństwa należy wymienić jako najważniejsze: 1) badanie i ulepszanie urządzeń technicznych pod względem ich bezpieczeństwa, 2) organizacja pierwszej pomocy, 3) propaganda bezpieczeństwa, 4) opracowywanie regulaminów i instrukcyj.

Wszystkie te prace realizowane będą kolejno w zakładach przemysłowych i na kolejach leśnych Lasów Państwowych, gdzie pracuje ogółem około 15.000 pracowników. Wyniki praktyczne prac w dziedzinie bezpieczeństwa mają być co trzy miesiące publikowane przez Dyrekcję Naczelną Lasów Państwowych.

Należy zauważyć, że prywatny przemysł drzewny zainteresował się również akcją bezpieczeństwa pracy, wyrazem czego są opublikowane we wrześniu okólniki Rady Naczelnej Związków Drzewnych, zalecające rozpoczęcie akcji bezpieczeństwa pracy we wszystkich zrzeszonych prywatnych fabrykach drzewnych.

## 6 NOWYCH INSTYTUTÓW NAUKOWYCH, 12 ZJAZDÓW — POŚWIĘCONYCH HIGJENIE PRACY W 1934 R.

Higjena pracy zdobywa coraz więcej zwolenników w całym kulturalnym świecie. Świadectwem tego jest sprawozdanie Międzynarodowego Biura Pracy p. t. „Medycyna Pracy w 1934 r.“, zamieszczone w „L'Année Sociale“. Daje ono przegląd najważniejszych wydarzeń w dziedzinie higjeny pracy w całym świecie. W sprawozdaniu tem zwraca m. in. uwagę spis powstałych w 1934 r. instytutów naukowych, poświęconych higjenie pracy, które są najlepszym dowodem wysiłków, jakie robią poszczególne państwa na tem polu.

Niemcy — Instytut Chorób Zawodowych przy Uniwersytecie w Berlinie;

Argentyna — Katedra medycyny społecznej na Wydziale Lekarskim w Buenos Aires;

Hiszpanja — Towarzystwo Medycyny Pracy w Madrycie;

Anglja — Instytut Higjeny i Medycyny Przemysłowej w Birmingham;

Japonja — Sekcja Higjeny Pracy w Instytucie Pracy im. Kurasiki;

Meksyk — Oddział Higjeny Przemysłowej w Instytucie Naukowym Pracy.

Drugą rubryką, która zwraca uwagę w sprawozdaniu, jest wykaz zjazdów, kongresów i „dni“ poświęconych higjenie pracy, zorganizowanych w szeregu państw w 1934 r. Miały one charakter naukowy i propagandowy:

Niemcy 4 „dni“, każdy poświęcony innemu zagadnieniu z zakresu higjeny pracy. Zorganizowano w Dortmundzie, w Essen, w Bochum i w Düsseldorfie;

Belgja — Zjazd poświęcony walce z pylicą płuc;

Kanada — Zjazd Stowarzyszenia przemysłu chemicznego w sprawie zatruć zawodowych w przemyśle chemicznym;

Stany Zjednoczone — Kongres Stowarzyszenia Lekarzy Amerykańskich, poświęcony patologji pracy;

Francja — dwa zjazdy, w Lille i w Lyonie, poświęcone walce z chorobami zawodowemi;

Włochy — Zjazd Lekarzy w sprawie chorób zawodowych w Turynie;

Anglja — Kongres „Stowarzyszenia opieki społecznej nad robotnikami przemysłowemi“ w Oxfordzie;

Z. S. R. R. — Wszechrosyjski Kongres fizjologji, biochemji i farmakologji w Moskwie, poświęcony zatruciom zawodowym i zmęczeniu przemysłowemu.

Czyż te dwa, drobne napozór fakty, zacytowane ze sprawozdania M. B. P., nie są najlepszym dowodem znaczenia higjeny pracy w całym kulturalnym świecie? Wydaje się, że Polska nie może pozostawać w tyle w tem ogólnem dążeniu, które ma na celu utrzymanie sił i zdrowia najbardziej produktywnej warstwy narodu: ludności pracującej.

## WALKA Z UPADKIEM FIZYCZNYM ROBOTNIC PRZEMYSŁU WŁÓKIENNICZEGO.

W wielkich ośrodkach przemysłu włókienniczego zaobserwowano oddawna, że robotnice zatrudnione od młodości w fabrykach włókienniczych wykazują niedorozwój fizyczny i że wskutek tego ulegają zaburzeniu ich funkcje macierzyńskie. Jest to zjawisko groźne dla pomyślnego rozwoju społeczeństwa.

Zagadnienie to zostało ostatnio zbadane szczegółowo przez uczonego japońskiego Korekiro Ogawa. Warunki pracy we włókiennictwie japońskiem są dla kobiet dużo cięższe niż w Europie. Zaczynają one pracę już w 14 r. życia (dawniej w 12 r. życia), wówczas, kiedy organizm ich nie rozwinął się jeszcze należycie. Pracują one ponadto w nocnych zmianach.

Przeprowadzone pomiary antropometryczne robotnic japońskich wykazały, że najsilniejszemu zahamowaniu ulega wzrost wysokości, zwłaszcza kończyn dolnych, w mniejszym zaś stopniu wzrost szerokości. Skutkiem pracy w fabrykach włókienniczych są częste zaburzenia ciąży wśród robotnic przemysłu włókienniczego, a mianowicie przedwczesne porody, poronienia i rodzenie nieżywych dzieci. Jest rzeczą charakterystyczną, że ilość tych zaburzeń wzrasta wraz z liczbą lat zatrudnienia.

Powodem zaburzeń jest z jednej strony przedwczesna i wytężona praca, z drugiej zaś niewłaściwa pozycja przy pracy. Robotnica skulona godzinami w nienaturalnej pozycji nie może prawidłowo fizycznie rozwijać się.

Tym ujemnym skutkom pracy zawodowej kobiet w przemyśle włókienniczym należy przeciwdziałać. Jednym z najskuteczniejszych środków walki jest sport i wychowanie fizyczne, pobudzające wszechstronny rozwój, z drugiej zaś strony właściwa organizacja pracy np. racjonalny sprzęt do siedzenia. O konieczności prowadzenia akcji w tym kierunku powinien pamiętać przemysł włókienniczy.

## NAUKA ŚWIATA W WALCE O UZDROWIENIE PRACY LUDZKIEJ.

Higjena pracy jest już dziś przedmiotem żywego zainteresowania uczonych całego świata. Świadczą o tem 3 wielkie międzynarodowe kongresy, poświęcone higjenie pracy, które odbyły się w ostatnich miesiącach r. b.

Pierwszy z nich, Kongres Medycyny Pracy odbył się w Brukseli w dniach od 22 do 27 lipca. Wzięło w nim udział 600 członków, będących przedstawicielami 40 państw. Kongres obradował w 4 sekcjach nad zagadnieniami, dotyczącemi walki z chorobami zawodowemi i wypadkami przy pracy.

Drugi wielki Kongres odbył się w Moskwie i w Leningradzie w czasie od 8 do 18 sierpnia jako Międzynarodowy Kongres Fizjologji. Spośród 1500 uczestników tego kongresu, 1000 uczonych obradowało w Sekcji Fizjologji Pracy, pod przewodnictwem laureata Nobla, prof. Hill'a, głośnego uczonego angielskiego. Przedmiotem obrat była fizjologja pracy ludzkiej, o zadaniach której prof. Atzler, uczony niemiecki, wypowiedział swego czasu te godne pamięci słowa: „jeśli ktoś chce wyzyskać należycie maszynę, musi dokładnie poznać jej konstrukcję. To samo dotyczy organizmu ludzkiego, który przedstawia bardziej zawiły mechanizm, aniżeli najbardziej precyzyjne dzieło rąk ludzkich".

Trzecim wreszcie Zjazdem był Międzynarodowy Kongres Dermatologji, odbyty w dn. 13 — 21 września r. b. w Budapeszcie. Przewodniczący prof. Oppenheim powołał specjalną komisję chorób zawodowych skóry. Zdaniem prof. Oppenheima 20% wszystkich chorób skóry stanowią choroby zawodowe. Stąd też dokładne poznanie tych chorób i czynników, które wpływają na ich powstanie, jest pierwszym warunkiem akcji zapobiegawczej.

Polska stara się dotrzymać kroku temu międzynarodowemu wyścigowi myśli badawczej w dziedzinie higjeny pracy. W roku bieżącym odbyły się w tej sprawie dwa zjazdy. Pierwszy odbył się w Warszawie z inicjatywy Instytutu Spraw Społecznych w dn. 2 i 3 marca pod nazwą „konferencja lekarzy fabrycznych". Drugi Zjazd, poświęcony higjenie pracy, zorganizowało Polskie Towarzystwo Higjeniczne w dn. 20 — 23 września w Katowicach.

Powstaje pytanie: jaki jest sens tych zjazdów, czy wysiłki uczonych i badaczy mogą przeniknąć do fabryk i warsztatów i przynieść jakieś realne korzyści dla świata pracy?

Odpowiedź na to pytanie daje Dyrektor Międzynarodowego Biura Pracy pisząc w liście do dr. Gilberta, przewodniczącego Kongresu Medycyny Pracy w Brukseli następujące słowa: „najpierw wiedza — potem akcja zapobiegawcza. Medycyna pracy musi się w nią należycie uzbroić, ażeby stoczyć skuteczną walkę o uzdrowienie pracy ludzkiej i podniesienie poziomu życia i zdrowia ludności robotniczej".

## ZAGADNIENIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGJENY PRACY PRZEDMIOTEM OBRAD NA NARADZIE GOSPODARCZEJ.

Wśród rezolucyj powziętych przez Komisję Obciążeń Publicznych", wyłonioną podczas Narady Gospodarczej, znajduje się między innemi następująca uchwała: „System opłat na rzecz ubezpieczeń wypadkowych należy tak przepracować , aby skłonił zakłady pracy do podjęcia energicznych akcji, mającej na celu zwiększenie bezpieczeństwa pracy, co w konsekwencji winno być jednym z elementów potanienia ubezpieczeń wypadkowych".

Powyższa rezolucja dowodzi, że nasze sfery gospodarcze rozumieją już, że jednym z najważniejszych środków, prowadzących do obniżenia t. zw. „ciężarów socjalnych" jest podjęcie akcji profilaktycznej w dziedzinie wypadkowości w przemyśle oraz, że zrealizowanie tą drogą poważnych oszczędności dla naszego życia gospodarczego, zależy przedewszystkiem od ustosunkowania do tej sprawy samego przemysłu.

W toku dyskusji, jaka toczyła się nad powyższym zagadnieniem wysunięta została również teza, że nie mniejsze znaczenie dla zmniejszenia obciążeń społecznych posiada profilaktyka w dziedzinie chorobowości, wynikającej z niedostatecznych warunków higjenicznych, w jakich pracują robotnicy w wielu naszych zakładach przemysłowych.

Z tezą tą wszyscy uczestnicy komisji zgodzili się, należy więc żałować, iż została ona pominięta w ostatecznych rezolucjach złożonych prezydjum Narady Gospodarczej.

## OCHRONA OCZU PRZY PRACY.

Ochrona narządu wzroku przed urazami i chorobami w czasie pracy jest jednem z ważnych zagadnień higjeny i bezpieczeństwa pracy. Oko jest bowiem narządem, bez którego człowiek przy pracy obejść się nie może, a złe funkcjonowanie tego narządu naraża robotnika na nieszczęśliwe wypadki i kalectwo.

Prof. dr. Melanowski, w interesującej pracy p. t. „Zmniejszenie zdolności do pracy pod wpływem chorób oczu", zamieszczonej w ostatnim zeszycie czasopisma „Sprawy lekarskie", zwraca szczególną uwagę na 2 grupy zawodów: te, które w znacznym stopniu narażają narząd wzroku, oraz te, które wymagają szczególnej sprawności tego narządu.

Do najbardziej niebezpiecznych zawodów pod względem narażania oka należy w Polsce górnictwo, w którem (2,2‰) zatrudnionych ulega urazowi oka, dalej hutnictwo i kamieniołomy (1,6‰) i przemysł budowlany (1,4‰). Duży odsetek urazów oczu daje również przemysł drzewny, oraz komunikacja i transport.

Wśród zawodów, wymagających znacznej sprawności narządu wzroku, należy wymienić — poza pracą umysłową, o typie czysto wzrokowem — przemysł poligraficzny, i konfekcyjny, oraz przemysł chemiczny i górniczy, gdzie narząd wzroku bierze bardzo czynny udział w pracy, bądź też ma duże znaczenie dla bezpieczeństwa pracy.

Następnie prof. Melanowski omawia poszczególne schorzenia oczne, wskazując w jakim stopniu ograniczają one zdolność człowieka do pracy i mogą narazić na poważne niebezpieczeństwo nietylko jego samego, lecz i otoczenie. W wielu wypadkach upośledzenie wzroku nie zostaje przez robotnika zauważone, o czem świadczy fakt, że do okulisty zgłaszają się nieraz pacjenci z prośbą o szkła, wówczas, gdy lekarz stwierdza już u nich ślepotę jednego oka. Często też dopie-

ro wypadek lub katastrofa skierowuje robotnika do okulisty.

W związku z tem nasuwają się następujące postulaty praktyczne.

1. W tych gałęziach przemysłu, które narażają narząd wzroku na urazy, należy chronić oczy zapomocą okularów ochronnych i dołożyć starań, aby robotnik miał zapewnioną w razie wypadku, szybką i fachową pomoc.

2. W tych natomiast gałęziach przemysłu, które wymagają dużej sprawności oka, bądź też tam, gdzie od dobrego wzroku zależy bezpieczeństwo ludzkie, należy dobierać ludzi zbadanych uprzednio przez okulistę i stworzyć im możliwie najlepsze warunki pracy wzrokowej (dobre oświetlenie).

## V ZJAZD POLSKIEGO STOWARZYSZENIA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO W WARSZAWIE W DNIACH 22 i 23 MARCA 1936 R.

*Program V Zjazdu P. T. O. O. i T. dn. 22 i 23 marca 1936 r. I. Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego Warszawa — ul. Nowogrodzka Nr. 59.*

Niedziela 22. III. 1936 r.
Godz. 9-ta. Otwarcie Zjazdu.
Godz. 9.30. I. Posiedzenie naukowe.
Pierwszy temat programowy:
1) Leczenie spraw zapalnych kręgosłupa
a) gruźliczych — referent *dr. M. Grobelski* (Poznań),
b) nieswoistych — referent *doc. dr. Raszeja* (Poznań).
2) *A. Gruca* (Lwów): Wyniki operacji usztywniającej opisu własnego w gruźlicy kręgosłupa.
3) Dyskusja.
Godz. 15-ta. Walne Zebranie członków P. T. O. i T.
Godz. 16-ta. II. Posiedzenie naukowe.
1) *J. Komza* (Poznań): W sprawie leczenia koślawości palucha.
2) *W. Dega* (Poznań): Arthrorisis talo-cruralis posterior.
3) *A. Gruca* (Lwów): Rezekcja główki i osteotomia z oparciem w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.
4) *Kowalski* (Lwów): Artrodeza w gruźlicy stawu biodrowego.
5) *Ambroz* (Lwów): O plastyce dachu panewki.
6) *A. Janik* (Łódź): Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej.
7) *A. Gruca* (Lwów): Pokaz narzędzi do leczenia złamań szyjki kości udowej (model ulepszony).
8) *A. Kugler* (Warszawa: Osteosynteza złamań szyjki kości udowej przy pomocy przyrządu własnego pomysłu.
9) *A. Gruca* (Lwów): Pokaz przyrządu do ustawiania złamań przedramienia.
10) *A. Kugler* (Warszawa): Pokaz przyrządu do nastawiania złamań kończyny górnej i dolnej.
Poniedziałek 23. III. 1936 r.
Godz. 9-a. III. Posiedzenie naukowe.
Drugi temat programowy:
*Stan protezowania w Polsce:*
Organizacja pracy w Państw. Wytwórniach protez — referent *dr. W. Reklewski* (Warszawa).
b) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny górnej — referent *doc. dr. A. Gruca* (Lwów).
c) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny dolnej — referent *dr. L. Kalina* (Warszawa).
d) Nowsze metody budowy aparatów ortopedycznych dla tułowia — referent *dr. K. Opacki* (Warszawa).
e) Nowsze metody budowy wkładek pod stopę — referent *dr. M. Epstein* (Kraków).
Godz. 15-a. Posiedzenie komitetu redakcyjnego „Chirurgji Narządów Ruchu i Ortopedji Polskiej".
Godz. 16-a. IV. Posiedzenie naukowe.
1) *A. Kugler:* Protezy kończyny dolnej.
2) Dyskusja nad drugim tematem programowym: „Stan protezowania w Polsce".
Posiedzenia zaczynają się punktualnie.
Czas trwania przemówień:

Dla pierwszego tematu programowego — referent 45 m., przemówienie w dyskusji 10 min., odczyt 15 min.

Dla drugiego tematu programowego: referenci ad a) — 45 min., ad b) — e) — po 30 min. przemówienia w dyskusji 10 min.

Dla odczytu zgłoszonego referent 15 min., przemówienie w dyskusji 5 min.

Rękopisy wszystkich przemówień należy niezwłocznie składać w Sekretarjacie Zjazdu.

Podczas Zjazdu otwarta będzie w I. Klinice Chirurgicznej U. J. P. wystawa narzędzi, aparatów ortopedycznych, leków i t. p.

*
* *

siada 3 kl. utrzymania. Opłata dzienna wynosi: dla kuracjuszy z województwa poznańskiego—klasa I. 10 zł., klasa II. 7 zł., klasa III. 3,50 zł., z innych województw — klasa I. 11,50 zł., klasa II. 8 zł., klasa III. 4 zł. Koszty utrzymania opłaca się conajmniej za jeden miesiąc zgóry. W razie opuszczenia sanatorjum przed upływem miesiąca nadpłacone koszty zwraca się kuracjuszowi. Osobne pokoje na życzenie, po 1 i więcej pokoi na osobę, w każdej klasie utrzymania, za opłatą od 1,50 do 3,00 zł. na dobę.

Kierownictwo sanatorjum spoczywa w rękach Dyr. Dr. Oskara Bielawskiego. Ordynuje Dr. Kazimierz Golonka. Dział zabiegów fizykalnych prowadzi kierownik Wojewódzkiego Instytutu Lecznictwa Fizykalnego Dr. Edward Tomaszewski, pracownię biochemiczną Dr. Jan Zaczyński. Specjaliści z innych dziedzin na miejscu. Szczegółowy prospekt Sanatorjum i Instytutu Lecznictwa Fizykalnego w przygotowaniu.

## MIĘDZYNARODOWA WYCIECZKA LEKARZY Z WIEDNIA NA KONGRES PATOLOGÓW W ATENACH.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze w Wiedniu i okolicy (Baden i t. d.), a następnie (4.IV. 1936) Wenecję, Tryest, pojadą okrętem z Fiumy do Split (Spalato), Kotar (Catarro), Korfu, Pireus. W powrocie do Wiednia zwiedzą Soluń (Saloniki), Belgrad, Budapeszt.

Osoby (z wszystkich krajów), które pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: „Studien — und Gesellschaftsreisen“, Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11. 1/6 (prymarjusz Dr. Fr. Barach).

## KURS DOKSZTAŁCAJĄCY Z ZAKRESU PEDJATRJI ZE SZCZEGÓLNEM UWZGLĘDNIENIEM LECZNICTWA.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego organizuje w dniach od 23 marca do dnia 2 kwietnia b. r. Kurs Dokształcający dla Lekarzy z zakresu pedjatrji, ze szczególnem uwzględnieniem lecznictwa.

Kurs odbędzie się w Warszawie i będzie obejmował część teoretyczną i praktyczną.

Opłata za udział w Kursie wynosi zł. 50.—

Uczestnictwo w Kursie musi być zgłoszone najpóźniej do dnia 10 marca b. r.

Zapisy przyjmuje i szczegółowych informacyj udziela Sekretarz Kursu Dr. Bolesław Górnicki — Warszawa, Klinika Pedjatryczna, ul. Litewska 16.

Program kursu:

1) Prof. Dr. M. Michałowicz — Rola czynnika konstytucyjnego w patologji dziecka. 2) Prof. Dr. M. Michałowicz — Rokowanie w zaburzeniach w odżywieniu u niemowląt. 3) Dr. M. Wierzbowska — Odżywianie zdrowego niemowlęcia. 4) Dr. M. Wierzbowska — Leczenie przewlekłych zaburzeń w odżywieniu. 5) Dr. R. Barański — Leczenie ostrych zaburzeń w odżywieniu (stany biegunkowe). 6) Dr. R. Barański — Technika przygotowywania mieszanek (zajęcia praktyczne w Kuchni Mlecznej). 7) Dr. St. Łyskawiński — Fizjologja noworodka. 8) Doc. Dr. M. Erlich — O ciężkich, ale wyleczalnych, zespołach klinicznych noworodków. 9) Doc. Dr. H. Brokman — Leczenie krzywicy i tężyczki. 10) Dr. J. Pieniążek — Schorzenia ucha w wieku niemowlęcym. 11) Doc. Dr. H. Brokman — Klinika i leczenie reumatyzmu u dzieci. 12) Dr. St. Popowski — Rokowanie w gruźlicy dziecięcej. 13) Dr. St. Popowski — Klinika gruźlicy wieku dziecięcego (demonstracje przypadków w sanatorjum L. S. P. w Otwocku). 14) Doc. Dr. R. Stankiewicz — Leczenie zapaleń płuc u dzieci. 15) Prof. Dr. Wł. Szejnach — Leczenie ciężkiej błonicy i płonicy. 16) Dr. H. Hirszfeldowa — Surowice i szczepionki w praktyce dziecięcej. 17) Dr. B. Michałowski — Klinika i leczenie kiły wrodzonej u niemowląt. 18) Doc. Dr. M. Erlich — Niedokrwistości wieku dziecięcego i ich leczenie. 19) Dr. P. Baumritter — Śpiączka cukrzycowa i hypoglikemja. 20) Dr. M. Bussol — Klinika i leczenie stanów mocznicowych u dzieci. 21) Dr. T. Kopeć — Bóle brzucha u dzieci. 22) Dr. J. Bogdanowicz — Choroby wieku szkolnego. 23) Doc. Dr. Wł. Sterling — Psychologja wieku szkolnego. 24) Dr. W. Lubczyński. — Zadanie lekarza w Ośrodku Zdrowia na wsi. 25) Doc Dr. M. Erlich. — Technika nakłócia lędźwiowego i jej błędy. 26) Doc. Dr. W. Czarnocki — Pokazy sekcyj niemowlęcych. 27) Prof. Dr. M. Michałowicz — z asystentami — Demonstracje chorych w Klinice Pedjatrycznej. 28) Prof. Dr. Wł. Szenajch z asystentami — Demonstracje chorych w Szpitalu Karola i Marji.

## PROGRAM VI OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU PRZECIWGRUŹLICZEGO W WILNIE

w dniach 31 maja i 1 czerwca 1936 r. pod przewodnictwem Prof. Dr. T. Janiszewskiego.

Dnia 31-go maja — niedziela.

Godz. 9 — 9½. Nabożeństwo w Ostrej Bramie.

Godz. 9½ — 10½. Oddanie hołdu I. Marszałkowi Polski Józefowi Piłsudskiemu. Punkt zborny placyk przed Kościołem Św. Teresy.

Godz. 10½ — 11. Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego Zjazdu Prof. Dr. T. Janiszewskiego.

Godz. 11 — 13½. Obrady. Temat I biologiczny: „Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy:

a) u dzieci i młodzieży, b) u dorosłych“.

Referent do p. „a“ Prof. Dr. K. Jonscher z Poznania.

Referent do p. „b“ Dr. N. Berdo z Warszawy. — Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego, ul. Św. Jańska.

Godz. 13½ — 16. Przerwa obiadowa.

Godz. 16 — 18. Zwiedzanie Instytucyj Wil. Woj. T-wa Przeciwgruźliczego: 1) Poradni Nr. 1, ul. Wileńska 27 m. 1., wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. 2) Oddziałów gruźliczych Miejskiego Szpitala Zakaźnego, Zwierzyniec, ul. Grodzka 10, wyjaśnień udzieli ordynator Oddz. Dr. Z. Kuncewicz. 3) Poradni Nr. 2, Stacji Odm. i Prewentorjum dziennego W. W. T. P. w lokalu Miejskiego Ośrodka Zdrowia, ul. Wielka 46, wyjaśnień udzieli Dyrektor T-wa Dr. A. Borowski. Punkt zborny w lokalu wileńskiego Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, ul. Wileńska 27 m. 1. Po zwiedzeniu Poradni Nr. 1

przejazd do następnych instytucyj z placu Orzeszkowej.

Godz. 20. Teatr.

Dnia 1-go czerwca — poniedziałek.

Godz. 8 — 10. Zwiedzanie zabytków m. Wilna. Punkt zborny — Skwer Placu Katedralnego.

Godz. 11 — 14. Obrady. Temat II kliniczny: „Wyrwanie nerwu przeponowego". Referent Dr. Z. Szczepański z Otwocka. Koreferent Prof. Dr. T. Wąsowski z Wilna. — Dyskusja. Uniwersytet Stefana Batorego.

Godz. 14 — 16. Przerwa obiadowa.

Godz. 16 — 19. Obrady. Temat III społeczny: „Walka z gruźlicą wśród dzieci i młodzieży: a) akcja zapobiegawcza, b) akcja społeczna". Referenci do p. „a" — Doc. Dr. J. Zeyland i Dr. E. Piasecka Zeylandowa z Poznania. Referent do p. „b" — Dr. St. Popowski z Warszawy. Koreferent do p. „b" — Dr. St. Hornung ze Lwowa. — Dyskusja.

Godz. 1 — 19½. Zamknięcie Zjazdu. Uniwersytet Stefana Batorego.

Dnia 2-go czerwca — wtorek.

WYCIECZKI.

Godz. 9 — 13. 1) Punkt zborny — Plac Orzeszkowej. Wyjazd autobusami do Nowo-Trok. Zwiedzanie poradni wiejskiej i zabytków historycznych w Nowo-Trokach. 2) Punkt zborny — przystań statków na Wilji, ul. T. Kościuszki. Wycieczka do Werek — Wilją.

Koszty każdej wycieczki ponosi uczestnik (około 3 złotych).

Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarjat VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego Wilno, ul. Wileńska 27 m. 1. Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 10 zł., dla ich rodzin — 5 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiętnika Zjazdu. Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolejowej.

Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w sekretarjacie Zjazdu — Wileńska 27 m. 1 i przy wejściu na salę obrad.

## LEKARZE POLSKIEGO ŚLĄSKA W DĄŻENIU DO UZDROWIENIA PRACY LUDZKIEJ.

Grupa lekarzy polskich na Śląsku, rozpoczęła z dn. 1 stycznia r. b. wydawnictwo regjonalnego pisma lekarsko-społecznego p. n. „Gazeta Lekarska Śląska Polskiego".

W deklaracji ideowej, zamieszczonej w pierwszym zeszycie nowego pisma, czytamy co następuje:

„Zeszyt niniejszy ma stanowić zaczątek pisma lekarskiego, na razie w postaci kwartalnika, poświęconego praktycznemu ujęciu tych zagadnień lekarskich, które są charakterystyczne dla pracy lekarskiej na Śląsku.

Wzmożone zainteresowanie się w ostatnich czasach problemami chorób zawodowych, higjeny pracy, wypadków przy pracy i związanego z niemi orzecznictwa lekarskiego, znajduje obecnie swój wyraz w publikacjach głównie teoretycznych. Dla zapewnienia postępu w tych gałęziach wiedzy, nieodzowne jest sięgnięcie do źródeł praktycznych, któremi rozporządza lekarz śląski. Temu też w głównej mierze poświęcone ma być niniejsze pismo".

Doniosła inicjatywa lekarzy śląskich, która obrała sobie za cel swych dążeń uzdrowienie pracy robotnika polskiego na Śląsku, zasługuje na uznanie całej Polski. Redaktorami pisma są lekarze: dr. Kubisz i dr. Bincer. Wydawnictwu patrunuje Wydział Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

## LEKARZE FABRYCZNI W ANGLJI.

W Anglji powstało Zrzeszenie lekarzy fabrycznych (Association of Industrial Medical Officers), grupujące lekarzy fabrycznych, urzędowych i prywatnych. Zadaniem Stowarzyszenia jest wymiana doświadczeń pomiędzy poszczególnemi zakładami przemysłowemi w zakresie ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.

## HIGJENA PRACY W NIEMCZECH.

Urząd kobiecy Niemieckiego Frontu Pracy stworzył na nowych podstawach organizację opiekunek fabrycznych. Zadaniem tej organizacji jest podniesienie kultury zdrowotnej i obyczajowej ludności robotniczej.

Opiekunami fabrycznemi mogą być kobiety, które przepracowały w fabryce 4 lata i dzięki temu poznały praktycznie charakter tej pracy. Następnie kandydatki przechodzą odpowiednie wyszkolenie. Działalność ich polega na udzielaniu robotnicom różnorodnych porad, zarówno w warsztacie, jak w domu, organizowaniu kantyn fabrycznych, opiece nad matką i dzieckiem, uświadamianiu o sposobach ochrony zdrowia i t. p.

Instytucja opiekunek jest jedną z nowych, interesujących prób usprawnienia akcji higjeny pracy w przemyśle niemieckim.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**



Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.